FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THÈSE

627

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel LEGER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Août 1915, à Choisy-le-Roi (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 1er *Juillet* 1948

LA CYSTECTOMIE PARTIELLE DANS LES TUMEURS DE VESSIE

*

(Travail de la Clinique Urologique de Cochin)

Président : M. B. FEY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LEGER.**

Prénom : **Michel.**

Date de soutenance : 1er juillet 1948.

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

LEGER (Michel). — La cystectomie partielle dans les tumeurs de vessie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 88 *p.*

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1948, *N°* .....).

LEGER (Michel). — La cystectomie partielle dans les tumeurs de vessie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 88 *p.*

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1948, *N°* .....).

LEGER (Michel). — La cystectomie partielle dans les tumeurs de vessie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 88 *p.*

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1948, *N°* .....).

LEGER (Michel). — La cystectomie partielle dans les tumeurs de vessie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 88 *p.*

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1948, *N°* .....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel LEGER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Août 1915, à Choisy-le-Roi (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 1er *Juillet* 1948

LA CYSTECTOMIE PARTIELLE DANS LES TUMEURS DE VESSIE

*

(Travail de la Clinique Urologique de Cochin)

Président : M. B. FEY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau. Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	CADENAT (F.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MONDOR (H.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
Cliniques médicales — Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales — Cochin	MOREAU (R.)
Cliniques médicales — Pitié	LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEURVALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales — Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
Cliniques obstétricales — Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Génétique	LAMY (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventine	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)

	MM.
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.
Anatomie	CORDIER (J.-C.) Pr. s. ch. DEBEYRE (J.) DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) Pr. s. ch. BUSSER (F.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.) NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	ETTORI (J.) Pr. s. ch. JAYLE (M.-F.) Pr. s. ch. SCHAPIRA (G.)
Dermato-syphiligraphie	DEGOS (R.)
Histologie	BULLIARD (H.) Pr. s. ch. COUJARD (R.) DESCLAUX (P.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	BOYER (J.) DEPARIS (M.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	N...
Neurologie	SEZE (S. DE)
Obstétrique	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) MERGER (R.) RAVINA (J.) VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	OFFRET (G.) DESVIGNES (P.)
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN (E.) Pr. s. ch. MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale ff	CHABAUD
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.) OLIVIER (Cl.) PADOVANI (P.) POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDLER (J.-C.) VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)
Pathologie médicale	BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DECOURT (J.) DOMART (A.) DREYFUS (G.) FAUVERT (R.) HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) MAURIC (G.) MILLIEZ (P.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.)
Pédiatrie	LAPLANE (R.) MARIE (J.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.) Pr. s. ch. CHEYMOL (J.-H.)
Physiologie	BARGETON (D.) PARROT (J.-L.)
Physique médicale	DOGNON (A.) Pr. s. ch. DJOURNO (A.) GOUGEROT (L.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT (M.) chargé d'enseign.
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.), MENEGAUX (G.), PATEL (J.), SICARD (A.)
Clinique médicale	BOULIN (R.), BROUET (G.), CACHERA (R.), GARCIN (J.), HAGUENAU (M.), LENEGRE (J.)
Clinique médicale	MARCHAL (G.), SOULIE (E.)
Clinique obstétricale	DIGONNET (L.), ECALLE (G.), LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique O.R.L.	
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

	MM.
Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef	Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Cl. LÉGER-BÉNARD
Docteur en Médecine
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

A MES ENFANTS

Georges, Elizabeth et Jean-Marie

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

le Docteur G. LÉGER
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MON FRÈRE

le Docteur B. LÉGER
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE CAPITAINE YVES LÉGER

Docteur en Droit

Compagnon de la Libération

A MES SŒURS

A MON BEAU-PÈRE

LUCIEN BÉNARD

Ancien Elève de l'Ecole Polytechnique

Ingénieur des Mines

A MON ONCLE

HENRI BÉNARD

Professeur de Clinique Médicale

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

A MES COUSINS :

LE DOCTEUR JACQUES BOUSSER
Médecin de l'Hôpital Tenon

LE DOCTEUR JACQUES BÉNARD
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur FEY

Professeur de la Chaire d'Urologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages (première année) :

Monsieur le Professeur CARNOT.

Monsieur le Professeur GRÉGOIRE (*in memoriam*).

Externat :

Monsieur le Professeur DUVAL (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur LAEDERICH.

Monsieur le Professeur BÉNARD.

Monsieur le Professeur Guy LAROCHE.

Monsieur le Professeur CHABROL.

Monsieur le Professeur DUVOIR.

Externat en premier :

Monsieur le Docteur M. PERRAUT.

Internat :

Monsieur le Professeur SORREL.

Monsieur le Docteur BILLET.

Monsieur le Docteur GUEULLETTE.

Monsieur le Professeur agrégé A. AMELINE.

Monsieur le Professeur B. FEY.

Monsieur le Professeur agrégé F. d'ALLAINES.

A MES AMIS :

LE DOCTEUR KUSS
Assistant des Hôpitaux de Paris

Qui m'a conseillé dans mon travail.

LE DOCTEUR GOUYGOU

Qui m'a apporté les renseignements histologiques.

LE DOCTEUR G. MOTZ

Tous mes remerciements.

AUX DOCTEURS :

DEPARIS, MERCKLEN, RAMBERT,
POMMEAU-DELILLE, CACHIN

AUX DOCTEURS :

MOYSE, DOSSOT, DUBOST, JEAN LEBRIGAND

A MES COLLÈGUES ET AMIS :

J. FAUREL, P. BENEZECH, J. MARQUAND, J. BRAC,
J. HÉRARD, R. HOURTOULE, G. VIOLLET

INTRODUCTION

Grâce à la bienveillance de notre Maître, Monsieur le Professeur B. FEY, nous avons pu rassembler les différentes observations de la clinique urologique de Cochin se rapportant aux tumeurs vésicales de 1940 à 1947.

A cette statistique hospitalière, nous avons pu joindre celle des opérés personnels du Professeur B. FEY et nous l'en remercions tout particulièrement.

Le but principal de ce travail est de démontrer qu'en matière de tumeur vésicale la cystectomie partielle conserve encore des indications et des succès opératoires à son actif, même dans des formes en apparence mauvaises.

Cependant, nous ne voudrions pas laisser croire que la cystectomie totale est inutile, bien au contraire nous verrons que dans toutes les formes pariétales infiltrées elle s'impose et c'est la seule intervention logique à proposer.

Chapitre I

LA CLASSIFICATION DES TUMEURS DE VESSIE

Nous connaissons les difficultés de classification des tumeurs de vessie. La raison majeure est l'incertitude qui plane très souvent et l'histologiste lui-même est obligé d'employer le mot imprécis de tumeur suspecte de malignité.

Le problème serait simple s'il n'existait pas la catégorie tumorale dite douteuse ou bénige dégénérée.

Nous allons, dans ce premier chapitre, voir quels sont les arguments cliniques, cystoscopiques, radiologiques, évolutifs et peropératoires en faveur :

— des cas bénins ;
— des cas douteux ;
— des cas malins.

I. — ARGUMENTS CLINIQUES

La tumeur bénigne de vessie ne donne aucun argument clinique. L'hématurie qu'elle détermine donne seulement une orientation diagnostique, la clinique seule est insuffisante pour le diagnostic de la variété tumorale.

La tumeur maligne, par contre, a le meilleur des arguments cliniques. La preuve est faite si, par le palpier bimanuel rectal ou vaginal associé à la main abdominale qui palpe, l'on arrive à sentir une infiltration dure, plus ou moins mobile ou par contre fixée.

Cette manœuvre doit être complétée chez les malades obèses par une anesthésie générale qui est indispensable pour un bon examen.

Car c'est de l'importance de l'infiltration que va dépendre le choix de la méthode thérapeutique, et c'est la constatation d'une énorme infiltration qui sera la base d'une contre-indication opératoire possible.

Les cas douteux ne peuvent pas être jugés par la seule clinique, il faut mettre en œuvre tous les arguments pour amasser un faisceau de preuves.

II. — ARGUMENTS CYSTOSCOPIQUES

Il y a les cas simples ou l'hématurie n'est pas trop abondante. où l'infection n'entraîne pas des urines trop troubles, bref où le milieu s'éclaircit très vite, la capacité vésicale bonne et où l'on voit bien les lésions.

En cas de tumeur bénigne, l'on voit alors un papillome caractéristique par sa pédiculisation, ses végétations, franges et villosités, son ombre portée.

Il est plus difficile de repérer son pédicule et si la base est plus ou moins sessile. Il est difficile de juger dans les gros papillomes de l'état de la muqueuse au niveau de la base d'implantation ; il est plus difficile de localiser l'un des orifices urétéraux et de déterminer avec certitude le rapport du pédicule tumoral avec celui-ci. Mais enfin, dans les cas simples, il est assez aisé de dire à la cystoscopie papillome probablement bénin.

Nous n'insisterons pas sur les papillomes dont la localisation gêne l'abord de la vessie (col, trigone, urètre postérieur), mais plus sur les tumeurs dites douteuses où la cystoscopie ne peut donner que des présomptions.

Tumeur végétante, mais la muqueuse au pourtour présente de l'œdème, de l'hypervascularisation. Il faudra donc dans ces cas se méfier d'une dégénérescence possible, rechercher cliniquement le début d'une petite infiltration.

Quant aux tumeurs franchement malignes soit végétantes avec infiltration de la paroi vésicale du pourtour, soit infiltration qui peut sembler superficielle mais qui a le caractère majeur : la rigidité pariétale, son diagnostic n'est pas difficile en principe. La seule difficulté est de préciser le degré d'envahissement, malheureusement aucun examen, si ce n'est le palper, ne peut apprécier l'infiltration.

III. — ARGUMENTS RADIOLOGIQUES

La cystoradiographie est un excellent examen qui permet, grâce à l'imprégnation de la muqueuse par les sels de thorium (méthode de STOBBAERTS), de dessiner les contours de la tumeur de façon remarquable.

Elle permet dans les cas douteux de mettre en évidence la base d'implantation de la tumeur, de montrer une rigidité pariétale. son étendue, mais là encore elle ne donne aucune idée sur la profondeur.

Malheureusement, cet examen ne peut pas toujours être fait étant donné la rareté du produit pour le moment.

Les autres produits opaques sont incapables de donner des images véritablement intéressantes, si ce n'est des images lacunaires en faisant varier les incidences.

La radiographie peut encore donner un argument en faveur de la malignité de la tumeur, il est assez fréquent dans les tumeurs infiltrées de trouver à l'urographie intraveineuse une déficience rénale d'un côté — c'est un petit argument non spécifique, mais à retenir.

IV. — ARGUMENTS ÉVOLUTIFS

Le papillome bénin donne peu de récidives :

Les récidives précoces doivent être considérées comme des ablations incomplètes de petites papillomes en herbe non électrocoagulés lors de la première intervention.

Les récidives tardives sont surtout le fait de papillomes suspects de malignité, on peut alors observer la récidive sous forme de :

— papillomatose diffuse (maladie villeuse) ;
— papillome avec infiltration ;
— de papillomatose avec infiltration.

Les formes récidivantes sont donc celles que l'on doit classer dans les tumeurs douteuses.

V. — ARGUMENTS PER-OPÉRATOIRES

Au cours de l'intervention, il y a trois éventualités : ou bien l'on est parti pour une tumeur manifeste bénigne abordée par taille vésicale, et l'on trouve un papillome pédiculé sans infiltration de sa base ; le diagnostic de nature est facile. Dans ce cas, rien ne peut modifier le protocole opératoire.

On bien on a porté le diagnostic de tumeur maligne et l'on pratique une cystectomie totale, certain du diagnostic de nature, il n'est pas question de pratiquer une cystectomie exploratrice génératrice d'ensemencement ou d'infection.

Puis il y a les cas douteux et les surprises de la taille vésicale pour lesquels il est indispensable d'avoir un histologiste qui peut faire une biopsie extemporanée ; l'intérêt d'adopter ce principe est que, lors d'une taille pour papillome dégénéré dont la base est suspecte, il est préférable d'associer à la thérapeutique chirurgicale l'implantation de radium comme le fait le Docteur MICHON (Rapport sur la papillomatose, 1947) dans des cas semblables, suivant la technique du Professeur DARGET.

L'histologie vient mettre le point final sur les divers arguments que nous venons de passer en revue pour la classification des tumeurs de vessie, aucun argument n'est à lui seul spécifique de chaque variété ; les difficultés sont donc nombreuses et même l'histologie est incapable d'affirmer dans certains cas la bénignité absolue, c'est-à-dire la possibilité de dégénérescence future.

Pour bien nous rendre compte avec évidence de ce problème posé par l'histologie, nous citons le travail du Docteur Ch. GOUYGOU qui, sur 64 tumeurs du service de Cochin (Professeur B. FEY), a trouvé avec les colorations habituelles :

1° à l'hématéine éosine :

— 30 tumeurs végétantes bénignes ;
— 6 suspectes de malignité ;
— 28 malignes ;

2° par un procédé mettant en évidence la réticuline (VILDER), il trouve :

— 18 tumeurs végétantes bénignes ;
— 18 suspectes de malignité ;
— 28 malignes.

Il découle de ce travail histologique que grâce à un procédé de coloration, on arrive à augmenter dans une proportion considérable les tumeurs suspectes, passant de 6 à 18, c'est-à-dire les 2/3 en plus.

Il aurait été intéressant de reprendre sur le plan clinique les 36 tumeurs bénignes et suspectes de malignité et voir ce qu'elles sont devenues. Malheureusement, les observations n'ont pu être regroupées. Mais sur quelques cas revus de papillomes avec réticuline irrégulière, nous avons trouvé à la cystoscopie des récidives tardives : deux à trois ans après, l'autre un an après sous forme de petits papillomes sur la cicatrice opératoire.

Nous pouvons donc conclure que sur l'ensemble des papillomes observés ces papillomes suspects ont une tendance beaucoup plus marquée pour la récidive.

CONCLUSION.

Dans ce premier chapitre, où nous avons essayé de classer les tumeurs de vessie en trois catégories :

— bénignes,
— douteuses,
— malignes,

malgré les difficultés pour les cas douteux, c'est grâce aux divers examens entrepris que nous arrivons à une classification assez schématique d'où pourra découler la tactique opératoire.

Chapitre II

LES INTERVENTIONS PROPOSÉES

Nous allons rapidement passer en revue les interventions proposées en matières de tumeurs de vessie.

I. — INTERVENTION PAR LES VOIES NATURELLES

Elle est séduisante, évitant naturellement la taille sus-pubienne. Elle consiste à détruire la tumeur par électro-coagulation ou le résecteur avec vision cystoscopique. On conseille la destruction en peu de séances, mieux en une fois, elle n'est donc applicable qu'aux petites tumeurs.

On lui reproche de ne pas être assez large et la possibilité de laisser place à la récidive par mauvaise destruction de la base d'implantation. Elle n'est applicable qu'en cas de tumeur manifestement bénigne. Aussi beaucoup d'auteurs lui préfèrent la taille vésicale permettant une exploration meilleure et l'association en cas de doute à une biopsie extemporanée.

II. — L'ELECTROCOAGULATION A VESSIE OUVERTE

Consiste à sectionner au bistouri électrique la tumeur au large de son pédicule ; elle a l'avantage d'enlever assez largement la tumeur, d'électrocoaguler avec soin tous les points suspects aux environs de la tumeur, donc elle éviterait en principe la possibilité de récidive.

Intervention largement pratiquée en cas de papillomes, elle se montre assez satisfaisante dans ses résultats.

Elle est aussi pratiquée dans les cas désespérés et constitue alors une opération de nettoyage à laquelle on peut adjoindre la pose du radium.

III. — CYSTECTOMIE PARTIELLE

La cystectomie partielle représente l'intervention la plus employée jusqu'à maintenant en matière de tumeur vésicale elle permet d'enlever non seulement la muqueuse vésicale mais aussi toute la paroi vésicale et même le tissu cellulaire péri-vésical avoisinant. Elle doit être large et complète, emportant toute la tumeur passant à 1 ou 2 cm en tissu sain.

Cette intervention ne semble satisfaisante que dans les tumeurs suspectes de malignité, ou bien s'il existe une infiltration très limitée qui n'a pas été perceptible cliniquement et radiologiquement.

Dans les cas de tumeur infiltrée largement, c'est une opération illogique car elle n'enlève pas toute la zone tumorale.

Facile à réaliser largement dans les tumeurs de la calotte et de la face postérieure après extra-péritonisation de la vessie.

Dans les tumeurs des faces latérales et de la face antérieure par cystectomie sous et extrapéritonéale.

Plus difficile dans les localisations trigonales elle est alors réalisée de dedans en dehors, exérèse fatalement moins large bien que l'on puisse passer en zone urétérale d'un côté et pratiquer une réimplantation, elle a permis dans certains cas quelques succès opératoires.

La cystectomie trigonale a même été proposée récemment par le professeur COUVELAIRE.

IV. — LA CYSTECTOMIE TOTALE

Consiste en l'ablation complète du réservoir urinaire associée à la dérivation des urines.

Elle réalise donc une opération logique pour les cancers de vessie avec infiltration étendue, pratiquée assez peu couramment et dans des cas désespérés pour deux raisons :

1° la dérivation des urines difficile à faire accepter au malade qui ne connaît pas la gravité de son état, dérivation qui consiste en deux méthodes principales :

— l'uretérostomie cutanée bilatérale créant une infirmité pénible ;

— l'anastomose urétérointestinale réalisant un énorme progrès et une infirmité plus facilement supportable.

2° Sa mortalité post-opératoire assez élevée mais admissible en matière de cancer.

De toutes ces interventions proposées, nous ne voulons garder que deux interventions : la cystectomie partielle et la totale, essayant de montrer par des observations les avantages de l'une ou l'autre méthode.

CHAPITRE III

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS RELATIFS DE LA CYSTECTOMIE PARTIELLE ET TOTALE

I. — POURQUOI ON NE FAISAIT PAS DE CYSTECTOMIE TOTALE

La cystectomie totale n'a jamais eu la faveur des chirurgiens bien qu'elle semble logique vis-à-vis d'une tumeur infiltrée de la vessie.

En effet, elle permet non seulement d'enlever la tumeur mais aussi largement le tissu cellulaire périvésical avec les ganglions réalisant alors une opération radicale.

Mais on lui reproche :

a) *Les médiocres résultats immédiats.*

Il est évident que les indications opératoires de la cystectomie totale n'étaient jusqu'alors posées que pour des tumeurs très infiltrées et ayant souvent dépassé les limites de l'opérabilité. Les statistiques immédiates ne sont pas satisfaisantes.

Il est même impossible de comparer des statistiques qui n'ont de valeur que suivant les cas opérés.

Cependant il y a une nette amélioration des statistiques opératoires depuis ces dernières années qui est dûe à la précocité de l'intervention, à la réanimation et à la désinfection meilleure du malade.

Pour se rendre compte de cette évidence, il n'est qu'à comparer les statistiques publiées antérieurement : ALBARRAN donnait 60 % de mortalité opératoire ; — DORE, en 1912, 72 % sur 62 cas ; — CIFUENTES, en 1915, un cas avec survie ; — PAPIN, en 1925, sur 181 cas, 59 % avec implantation intestinale ; 39 % avec implantation cutanée ; — ZUCKERKANDL sur 64 cas, 50 % ; — Pr. ANDRÉ et GRANDINEAU, en 1928, 50 % ; — PAKOWSKI sur 156 cas, 56 % ; — BOMPART, en 1931, sur 107 cas, 40 % ; — FEDEROFF, 7 cas sans mortalité opératoire ; — COFFEY, en 1935, sur 18 cas, 27 % ; — NESBIT, en 1936, publie 2 bon cas ; — QUINBY, en 1935, sur 10 cas, 20 % ; — HINMANN sur 25 cas, 38 % ; — ORR NOVAK et CARSON sur 353 cas, 33 % ; — GANSA, en 1946, sur 4 cas, 50 % ; — PUIGVERT, en 1946, sur 6 cas, 33 % ; — ROBERT (1943), (Pr. MARION, GOUVERNEUR et PERARD), sur 15 cas, 50 % ; — Gil VERNET, sur 13 cas, 22 % ; — MILLIN, sur 9 cas, pas de mortalité opératoire ; — PRIESTLEY (1947), sur 60 cas avec implantation intestinale, 10 % ; sur 5 cas avec urétérostomie cutanée, pas de décès.

Nous voyons donc l'amélioration manifeste des statistiques depuis celle de DORE en 1912. Actuellement, on peut dire que les statistiques varient entre 10 % et 35 % ce qui n'est pas pour nous étonner car nous connaissons la variabilité des cas opérés.

Il est probable que les statistiques excellentes des anglo-saxons soient dues à l'élimination des cas inopérables ; sur 211 malades, PRIESTLEY a pratiqué 21 explorations sans aucune tentative d'exérèse.

Nous avons l'impression que nous en aurions opéré plus et nous aurions ainsi augmenté le pourcentage de mortalité.

Ce sont ces faits malheureux qui semblent donner une très mauvaise réputation à la cystectomie totale.

Il faut donc se résoudre à éliminer les cas inopérables, pratiquer des opérations palliatives si l'on veut ou des rayons, mais ne pas mettre sur le compte de la cystectomie totale tous les cas désespérés.

On lui reproche :

b) L'infirmité créée par la dérivation des urines.

La dérivation des urines est évidemment définitive ; il n'y a que deux modes de dérivation à retenir :

— celle que l'on proposait autrefois : technique du Pr. B. FEY et BOMPART (1931) cystectomie totale avec uretérostomie cutanée ;

— technique de ROBERT (thèse 1943) avec uretérostomie cutanée, semblent apporter une certaine sécurité vis-à-vis de l'infection rénale ascendante.

Mais entraîne une lourde infirmité que le malade hésite à accepter ne connaissant pas l'évolution future et à brève échéance de sa maladie.

Actuellement, chaque fois que la réalisation technique est possible, on pratique l'anastomose urétéro-intestinale. Le malade l'acceptera mieux car cette technique supprime l'appareillage, donne le plus souvent une continence parfaite et les besoins d'uriner ne surviennent que toutes les 3 à 6 heures suivant les malades après une période d'adaptation.

L'infection rénale n'est pas plus à craindre que pour l'uretérostomie cutanée grâce aux progrès techniques, de même que la mortalité opératoire a fortement diminué.

Si le Docteur GOUVERNEUR rappelle avec justesse que les statistiques ne sont valables qu'avec le chirurgien, l'état du malade, le cas pour lequel l'on fait la dérivation, il faut noter que :

Pratiquée par COFFEY, la dérivation intestinale ne donne que 5 % de mortalité opératoire ; — HINMANN, au dernier Congrès d'Urologie de New York ne donne que 5 % de mortalité opératoire ; — CÂBOT, a une statistique de 14 cas sans mortalité ; — WALTMANN et BRAASCH, un décès sur 25 cas ; — QUINBY, en 1935, a 27 survies de plus de 5 ans ; 13 de plus de 10 ans.

Dans 50 % des cas pas d'infection réno-uretérale, 20 % d'infection bénigne.

A intervalle de plusieurs mois ou des années.

L'avis actuel est donc que les survies sont moindres en cas de cancer, elles ne sont pas dues à l'anastomose mais au cancer lui-même.

II. — POURQUOI ON RECOMMENCE A FAIRE DES CYSTECTOMIES TOTALES

Il est manifeste que la cystectomie totale devient très en faveur actuellement.

Depuis longtemps on s'était aperçu que les résultats opératoires éloignés des interventions partielles donnaient des mauvais résultats dans les formes infiltrées.

Acceptable dans une forme très limitée, elle est inacceptable dans une forme ayant déjà une infiltration diffuse superficielle et en profondeur dépassant les limites du réservoir urinaire ; il est en effet impossible d'enlever au large de la tumeur ces lésions infiltrées, on pratique alors une opération sans espoir et sans chance de réussite.

Ceci n'est pas nouveau puisque les résultats déjà publiés antérieurement par ALBARRAN et DORE dans sa thèse, par le Professeur ROCHET, le Professeur MARION, le Docteur GOUVERNEUR et PERARD, le Professeur ANDRE et GRANDINEAU et notre Maître le Professeur B. FEY, ainsi que les statistiques des auteurs étrangers, telles que celles de CZERNY, ZUCKERKANDL, BEER et bien d'autres, démontraient la même thèse.

Pourquoi devant cet accord unanime avoir continué dans la voie de la cystectomie partielle.

Parce que, en dehors du radium qui a beaucoup déçu la majorité des auteurs, on n'avait pas autre chose à proposer.

Actuellement, on peut à nouveau proposer la cystectomie totale car :

Comme nous l'avons vu sa mortalité opératoire s'est améliorée en éliminant les cas inopérables que l'on tentait uniquement autrefois.

Les progrès techniques de l'implantation urétéro-intestinale permettent une intervention diminuant l'infirmité des autres dérivations employées autrefois.

Enfin opérant plus précocement on espère des résultats ultérieurs meilleurs.

Nous ne ferons que citer les quelques statistiques montrant les résultats éloignés de la cystectomie totale. En 1935, QUINBY, sur 10 cas pouvait préseenter deux guérisons, mais il ne dit pas de combien d'années :

6 étaient morts de récidive dans un temps variable ;
et il avait eu 2 décès post-opératoires.

BEER apporte 35 % de guérisons ; — ROBERT, en 1943, sur 15 cas apporte un cas de 3 mois, un de deux ans, trois de trois ans à cinq ans ; — GUTIERRY (New York Hospital), sur 40 cas, apporte 40 % de guérison de 2, 3 et 5 ans ; — PUIGVERT, sur 6 cas apporte 2 cas sans récidives, 1 cas de 1 an ; — SEYMOUR, F. WILHELM (New York, 1947) apporte deux statistiques selon la tactique opératoire : l'une de 8 cas avec voie sus-pubienne et uretérostomie cutanée, 3 sont morts de métastases, récidives locales ; 5 d'infection rénale et urémie.

Très mauvaise statistique et ce sont certainement les mauvais cas pour lesquels il a fait une intervention moins importante que pour les 6 autres cas où il a pratiqué la voie abdomino-périnéale avec COFFEY : il a 5 cas heureux, mais avec à peine deux ans de recul ; et un cas qui récidive 5 mois après.

Les chances de réussite sont possibles :

— si l'on peut limiter les indications : de la cystectomie partielle ; de la cystectomie totale.

Mais c'est le problème le plus difficile : dans les cas favorables, c'est-à-dire si l'infiltration n'a pas dépassé le muscle vésical et sans métastases il est possible d'envisager une intervention partielle, mais ces cas favorables sont rares : sur 107 cas, STRONG et JEWETT en 1944 n'ont que 39 cas favorables.

Dès que le muscle vésical est atteint il y a sur 89 tumeurs : 52 métastases, 8 avec fixation périvésicale, 6 avec ganglions périvésicaux. C'est pour ces raisons que la majorité des auteurs préconisent dès qu'il y a infiltration atteignant le muscle, non pas une intervention partielle, mais une cystectomie totale ; et encore les chances de réussite seront très réduites étant donné que chez ces malades il y en a déjà 52 ayant des métastases sur 89, donc plus de 50 % chez qui on ne peut espérer une survie prolongée.

Tout ce que nous venons de dire est purement théorique car les statistiques que nous venons de donner sont les résultats d'autopsies, chez un malade atteint de tumeurs de vessie il est extrêmement difficile de dire avant l'intervention la possibilité de réussite.

Aussi beaucoup d'auteurs pratiquent dans les cas avancés une laparotomie exploratrice qui permet de voir les métastases hépatiques, ganglionnaires, fixation périvésicale.

Dans les cas douteux, une cystectomie exploratrice qui certes est nuisible en matière de cancer vésical, mais qui est parfois nécessaire malgré le danger d'ensemencement pariétal, le danger d'infection, malgré les soins préopératoires.

Tous les urologues connaissent les surprises opératoires que peuvent donner les tumeurs de vessie :

Tumeur qu'on jugeait inextirpable et qui n'est qu'un gros papillome sphacélé remplissant la cavité vésicale, faisant croire par l'odeur sphacélique des urines à une tumeur maligne et qui en réalité possède un petit pédicule facile à enlever ; et les erreurs inverses tumeur saillante faisant croire à une tumeur bénigne et dont la base est profondément infiltrée. Aussi il est impossible d'être schématique et de donner des indications absolues.

Il serait absolument faux de vouloir comparer les résultats des statistiques actuelles des tumeurs malignes traitées en cystectomie partielle et totale.

Car, dans les deux cas et surtout pour la totale on a essayé des cas inopérables en réalité.

CHAPITRE IV

LA CYSTECTOMIE PARTIELLE GARDE-T-ELLE DES INDICATIONS A COTÉ DE LA TOTALE ?

I. — DANS LES FORMES BENIGNES

C'est l'intervention de choix, se pratiquant très souvent de dedans en dehors, emportant bien la base de la tumeur, ne négligeant pas l'électrocoagulation des petits semis souvent microscopiquement, c'est une excellente opération.

1° Nous avons 12 observations de papillomes cliniquement et histologiquement bénins, sans récidive. Parmi ces observations (observation 12), nous avons à déplorer un décès imprévisible d'embolie massive post-opératoire chez un homme de soixante ans sans lésion cardiaque et malgré une intervention simple.

Les autres observations (1 à 11) :

— 3 sont en bon état après cinq ans (obs. 3, 8 et 10) ;
— 1 est en bon état après trois ans (obs. 6) ;
— 1 est en bon état après deux ans (obs. 4) ;
— 4 ont un recul seulement de un an (obs. 1, 2, 5, 7) ;
— 2 n'ont pas répondu à la convocation (obs. 9, 11).

2° Nous avons 6 observations de papillomes cliniquement et histologiquement bénins mais ayant donné à des intervalles variables des récidives bénignes (obs. 13 à 18).

Les observations 13 et 14 ont présenté deux récidives précoces après taille. Le malade de l'observation 14 va très bien depuis qua-

tre ans ; l'observation 15 a eu de multiples récidives en six ans ayant nécessité après de multiples électrocoagulations une taille pour un gros polype.

On constate deux récidives tardives, l'une cinq ans et l'autre deux ans après la taille vésicale (obs. 16 et 17). Enfin, observation 18, deux récidives à un ans de distance, l'une traitée par électrocoagulation, l'autre par résection du col. Ce malade va bien depuis deux ans.

Il est bien probable que chez ces malades qui présentaient des récidives, les unes très précoces, comme dans l'observation 13, il s'agisse d'opération incomplète n'ayant pas détruit les papillomes en herbe.

Pour les récidives tardives, le problème est différent il est toujours à craindre la possibilité de transformation.

3° Nous avons 5 observations de papillomes cliniquement bénins sans infiltration pariétale mais suspecte histologiquement de malignité (obs. 19 à 23).

L'observation 19 est une tumeur polypeuse molle et sphacélique qui paraissait déjà suspecte mais sans infiltration, l'examen histologique affirme la malignité histologique ; d'ailleurs à la cystectomie partielle fut associée l'aiguillage de radium (ballon de DARGET) ; opéré en 1945, en 1948, c'est-à-dire trois ans après, excellent résultat.

Les observations 20, 21, 22, 23 sont suspectes de malignité par leur réticuline irrégulière.

L'observation 20, après trois ans semble présenter une récidive mais la vessie est à nitrater car la visibilité était mauvaise. L'état général était satisfaisant (avril 1948).

L'observation 21 récidive quatorze mois après sous la forme d'un petit papillome à électrocoaguler sur la cicatrice.

L'observation 22, trois ans après, ne présente pas de récidives. cicatrice chéloïdienne.

L'observation 23 n'a pas répondu à la convocation.

Nous voyons donc que les trois catégories de tumeurs : bénignes, bénignes récidivantes, bénignes mais suspectes histologique-

ment de malignité par leur réticuline irrégulière, sont de bon pronostic dans l'ensemble.

Mais nous avons des récidives malignes.

4° Deux observations, 24 et 25.

L'un (obs. 24) traité pour papillome bénin et qui deux ans après présente une polypose généralisée ; il est traité par radiothérapie.

L'autre (obs. 25) est opéré en février 1947 pour polypes vésicaux et un an après présentait des lésions diffuses avec induration de la corne vésicale et dut être traité par cystectomie totale. Opéré en février 1948, il va très bien actuellement.

5° Deux observations, 26 et 27, qui ont approximativement la même histoire de tumeur bénignes affirmée histologique dans l'observation 26 et qui, deux ans après, donne une récidive sous forme de tumeur infiltrée dans la cicatrice.

La récidive est identique, cutanée avec ganglions inguinaux dans l'observation 27, malheureusement il n'y avait pas de compte rendu histologique lors de la première intervention.

Ces deux malades sont décédées peu de temps après leurs récidives malignes.

II. — LES TUMEURS DOUTEUSES

La plupart de ces tumeurs sont douteuses cliniquement car leur infiltration n'est pas perçue au toucher combiné au palper abdominal.

La cystoscopie peut renseigner principalement sur leur base d'implantation ; la radiographie au collothor, comme nous l'avons vu, peut renseigner sur l'état de la muqueuse au pourtour. Mais, en général, on a prévu la malignité possible et l'on a pu se munir, le cas échéant, d'un histologiste pour une biopsie extemporanée, d'aiguilles de radium.

Nous avons 10 observations de tumeurs qui sont histologiquement des épithéliomas excréto-urinaires avec légère infiltration.

Observations 28 à 37.

L'observation 28 rapporte l'histoire d'une tumeur végétante étendue mais avec uniquement infiltration histologique ; elle fut traitée par cystectomie partielle et radium sur le col. Le malade n'a pas été revu.

Les observations 29, 30, 31, 32, 35 sont de très beaux cas de tumeur saillante, en général épithélioma papillaire avec infiltration souvent profonde entamant la couche musculaire et qui furent traités par cystectomie partielle avec de bons résultats.

L'observation 29 : opéré en 1946, présente en 1948 un petit semis à électrocoaguler (deux ans).

L'observation 30 : après ablation au résecteur, depuis un an va bien.

L'observation 31 a subi une hémicystectomie droite pour une tumeur très infiltrée, perceptible au toucher rectal ; il va bien un an après.

L'observation 32 a subi une hémicystectomie gauche pour une tumeur infiltrant la couche musculaire et a vécu trois ans après.

L'observation 35 : le malade va bien après l'ablation d'une tumeur papillaire et une masse néoplasique située dans un petit diverticule, sept ans après.

Parmi les 5 autres observations, 4 n'ont pas été revues :

L'observation 28 est celle d'une tumeur végétante avec infiltration histologique qui fut traitée par cystectomie partielle et radium.

L'observation 33 est un papillome dégénéré infiltrant, traité par cystectomie de la corne gauche et urétéro-cyto-néostomie.

L'observation 34 est un papillome dégénéré du trigone qui meurt de coma urémique.

L'observation 36 est celle de papillomes dégénérés cinq ans après la première électrocoagulation par les voies naturelles.

L'observation 37 est opéré pour papillome dégénéré, non revu.

III. — LES TUMEURS INFILTRÉES

La constatation est non seulement histologique, mais clinique lors de l'exploration et lors de l'examen.

Les résultats opératoires sont très mauvais dans l'ensemble ; si certains résultats peuvent paraître assez satisfaisants par leur durée, il faut remarquer que les survies prolongées furent plus lamentables souvent que les décès précoces, ce sont des malades qui souffrent et qui, comme beaucoup de cancéreux, voient très bien leur maladie s'aggraver.

Observation 38 : tumeur infiltrée traitée par cystectomie droite plus radium ; il survécut jusqu'en 1939, près de deux ans et demi, avec une vessie qui s'ouvrait par périodes, devint paraplégique. Enfin récidiva dans sa cicatrice opératoire.

Observation 39 : hémicystectomie gauche pour tumeur infiltrée du trigone avec urétérostomie cutanée. Durée : trois mois.

Observation 40 : tumeur infiltrée adhérant à la paroi abdominale ; cystectomie de la calotte. Non revu. Probablement décédé.

Observation 41 : récidive deux ans après cystectomie partielle, mais tumeur implantée à deux heures. Décédé deux mois après la récidive clinique.

Observation 42 : hémicystectomie plus néphrectomie droite pour tumeur infiltrée. Décédé trois mois après l'intervention.

Observation 43 : cystectomie partielle plus néphrectomie gauche. Décédé quatre mois après.

Ces deux observations accompagnées de néphrectomie concomitante, montrent la gravité de l'intervention. Les décès furent précoces.

Observation 44 : tumeur du trigone ; cystectomie partielle et néphrectomie immédiate. Deux ans de survie mais suites excessivement mouvementées : fermeture de vessie — deux étincelages — nitratages.

Observation 45 : tumeur infiltrée de la zone d'adhérence péritonéale de la vessie ; cystectomie large ; récidive un an et demi après. Décédée.

Observation 46 : tumeur infiltrée, réimplantation de l'uretère droit, malheureusement non revu.

Observation 47 : tumeur infiltrée, cystectomie large ; non revu.

Observation 48 : réalise un bon cas pour une cystectomie du trigone ; survie de deux ans et huit mois, mais les suites furent très troublées.

Observation 49 : tumeur infiltrée, récidive vingt-deux mois après dans la cicatrice. Décédée.

Observation 50 : tumeur du trigone (ablation au résecteur) ; décédé quatre mois après.

Observation 51 : tumeur infiltrée du trigone (cystectomie partielle ; décès un mois après.

Observation 52 : tumeur infiltrée du trigone. Décès post-opératoire.

Observation 53 : enfin pour réhabiliter le cancer infiltrant de vessie, cette observation rapporte un cas de tumeur de la calotte vésicale avec huit ans de guérison.

Ceci oppose bien la relative bénignité de cette localisation qui, prise au début et avec la possibilité d'être enlevée largement, s'oppose au cancer trigonal qui donne de mauvais résultats par la cystectomie partielle.

Parmi les tumeurs infiltrées, nous ajouterons à cette liste déjà sombre 3 cas qui furent traités par cystectomie totale.

L'observation 54 rapporte l'observation d'une tumeur infiltrée déjà traitée par taille plus radium. Ce n'est que presque un an après, devant l'échec du traitement on envisagea une cystectomie totale qui fut un désastre opératoire.

L'observation 55 qui, pour tumeur infiltrée, chez un diabétique on pratiqua une cystectomie avec implantation urétérale dans l'intestin.

Il y avait deux contre-indications, le diabète et la dilatation urétérale droite. Décès deux mois après l'intervention.

Observation 56 : opération itérative, totale après partielle. Bon résultat opératoire immédiat. Opérée en janvier 1948, était en bon état en avril 1948. Mais pas assez de recul pour juger. Récidive dans sa cicatrice en juin 1948. Adénopathie inguinale.

OBSERVATION 1

A..., quarante et un an. Papillome : un an. Très bien.

8 février 1947 : hématurie terminale il y a un an et un mois. Polype gros comme un œuf de pigeon. U. I.V. normale. Radio-vessie semble montrer un gros polype.

13 février 1947 : cystoscopie : gros polype à opérer par taille.

25 février 1947 : cystographie montre implantation large paroi droite et trigone.

13 mars 1947 : taille et ablation tumeur comme très grosse noix. Malade très gros. Electrocoagulation de la corne trigonale droite en arrière de l'O.U.D.

Az : 0,57 — K : 0,097 — Chl : 3/6,10 = 0,49.

8 juillet 1947 : urine six fois le jour, ne se lève qu'à 6 heures le matin. Etat général : poids, a plutôt grossi. Aucune douleur en urinant. Cystoscopie très bonne.

Revu début 1948. Va très bien.

OBSERVATION 2

Mme Br..., cinquante ans. Papillome : un an. Va bien.

26 septembre 1946 : tempérament bizarre avec poussées de cellulite ou d'œdème bizarre mal élucidé (en réalité œdème de Quincke).

Récemment de grosses hématuries (envoyée par le Pr CADENAT).

Cystoscopie : très gros papillome (trois champs) implanté près de l'O.U.G. qui est masqué; une greffe X heures au niveau du col (à opérer).

2 octobre 1946 : cystectomie partielle. Ce polype semble bénin — résection facile. Examen histologique (BUSSER) : papillome bénin sans aucun signe de malignité.

13 octobre 1946 : la vessie ne se ferme pas. Il reste une fistule hypogastrique. En même temps, crises d'œdème de Quincke avec température à 39° par crises.

Pas revue, mais nouvelles en 1947, allait bien.

OBSERVATION 3

Vor..., trente-cinq ans. Papillome bénin : cinq ans.

5 octobre 1943 : vu pour cystite il y a un mois avec hématurie et émission de sable calculeux.

Repris dimanche dernier de douleur dans l'urètre et émission d'aiguilles calculeuses et hématurie terminale.

7 octobre 1943 : cystoscopie : grosse tumeur largement implantée, mamelonnée, occupant le col de 2 h à 6 h, calcifiée par endroits. O.U.D. dégagé. O.U.G. masqué derrière la tumeur mais dans une zone qui paraît saine, ne doit pas être intéressé.

13 octobre 1943 : Ur : 0,27 Chl : 5,7/2,85 = 0,50.

16 octobre 1943 : taille large, il s'agit d'un assez gros papillome tombant sur le col mais implanté très finement sur la paroi latérale gauche. Résection large du pédicule. Fermeture presque complète de la vessie.

28 octobre 1943 : fermé, guéri. Examen histologique (Busser) : papillame vésical à revêtement épais et réaction inflammatoire de la paroi vésicale; aucun caractère histologique de malignité.

Suites très simples. Urines claires. Aucun trouble vésical.

12 mai 1944 : vessie parfaite.

1er août 1944 : phlegmon périnéphrétique rétro-colique; reste une fistule.

8 août 1944 : Ur : 0,37 — Chl : 5,60/2,50 = 0,44. U.I.V. Porcher : bassinet dilaté, non homogène.

1er septembre 1944 : huit jours de sonde urétérale à demeure.

12 septembre 1944 : sort après avoir rendu un calcul et ferme sa fistule.

5 avril 1946 : bon état.

1948 : bon état.

OBSERVATION 4

For..., cinquante-quatre ans. Papillome bénin : deux ans. Va bien.

9 novembre 1942 : très bien portant; il y a huit jours, urine la nuit, à 4 heures, du sang. A 8 heures, urines légèrement teintées. Depuis, claires.

Aucune douleur, aucune cystite.

U.I.V. (Truchot) : le pied du calice supérieur ne se trouve dessiné sur aucun cliché.

11 décembre 1942 : pyélographie : rien.

Cystoscopie : gros papillome (Prune) pédiculé qui masque toute la région de IV à VI et l'O.U.G.

Cystographie (Porcher) : montre qu'il tient à la paroi latérale gauche et sur la calotte.

15 décembre 1942 : continue à souffrir de son rein droit.

6 janvier 1943 : ablation de la tumeur. Taille large. Tumeur grosse comme une prune, pédiculée à gauche au-dessus du trigone. Ablation au large du pied. Examen extemporané (BUSSER) : papillome; rien de malin. Un tube.

Suites normales.

19 novembre 1943 : cicatrisation totale solide. Reprend bon état général. Grippe, urines purulentes à pyocyanique, rubiazol, uraseptine.

16 avril 1943 : cystoscopie. Aucune tumeur mais muqueuse encore œdématiée et tomentueuse. Nitrate.

10 juillet 1943 : bon état, bonne capacité.

19 mai 1944 : cystoscopie parfaite.

OBSERVATION 5

Mau... Victor, soixante-quatre ans. Papillome : un an. Va bien.

10 février 1947 : entre pour hématurie. Début il y a trois mois : urée 0,50.

Cystoscopie : cystite avec tumeur située sur la paroi postérieure gauche entre 1 h et 4 h avec base d'implantation assez large. O.U. visibles.

18 novembre 1947 : C.R.O. Expéritonisation — ouverture de la vessie — tumeur face latérale gauche — résection de toute la paroi vésicale autour de la tumeur. Suture en deux plans. Drain de Marion.

Suites opératoires un peu troublées.

Fermeture chirurgicale de la vessie le 29 mars 1947.

15 avril 1948 : bon état.

OBSERVATION 6

Bar... Alfred, soixante-cinq ans. Papillome bénin : trois ans.

Entre le 15 janvier 1944 (Docteur COUVELAIRE).

Hématurie en janvier 1943.

Cystoscopie en janvier 1944 (Docteur COUVELAIRE) : masse sessile occupant la moitié gauche de la vessie; pyurie, poly-staphylo. Urée 0,31.

Compte rendu histologique : papillome très végétant — réticuline régulière.

22 janvier 1944 : C.R.O. : deux tumeurs vésicales sessiles séparées par un pont muqueux siégeant sur la face postéro-latérale gauche. Elles sont mamelonnées, friables. L'extrémité antérieure de la plus basse atteint le lobe médian et y adhère. Exérèse à la demande au bistouri électrique de la totalité de la paroi vésicale portant les tumeurs, puis ablation du lobe médian.

O.U.G. non repéré. O.U.D. normal.

Suites normales.

Sort le 3 mars 1944. Bon état.

Décédé en février 1947 de congestion pulmonaire.

OBSERVATION 7

Chat..., Michel, quarante-six ans. Papillome bénin : un an. Va bien.

Entre le 11 février 1947 pour hématuries.

En 1940 : petites hématuries; ne consulte pas.

En juillet 1941 : hématurie terminale peu abondante; consulte, on ne trouve rien.

En 1945 : hématurie totale, durée un jour; ne consulte pas.

Janvier 1947 : nouvelle hématurie.

18 janvier 1947 : cystoscopie (Docteur MOTZ) : tumeur du volume de deux champs située au-dessus et en dehors de l'O.U.G.; pulsation régulière, frangée en un endroit de pédicule assez étroit; vessie de bonne capacité hyperhémique. O.U. normaux.

Bonne urographie intraveineuse : urée 0,31.

19 novembre 1947 : électrocoagulation.

23 novembre 1947 : hémorragie.

24 novembre 1947 : grosse hématurie.

1er mars 1947 : taille vésicale (Docteur BOUTEAU) ; polype à implantation assez large, nettement au-dessus de l'O.U.G. Excision large au bistouri électrique. Drain Marion. Vessie en deux plans.

28 mars 1947 : vessie fermée.

1er avril 1947 : sort du service.

3 mars 1948 : rien à signaler.

19 avril 1948 : bon état.

OBSERVATION 8

Fav... Cur..., cinquante-deux ans. Papillome bénin : cinq ans. Va bien.

20 novembre 1943 : hématuries.

Cystoscopie : gros polype implanté largement de midi à 5 heures, recouvrant l'O.U.G. Taille. Urée 0,44.

15 décembre 1943 : taille vésicale : polype de la grosseur d'une noix; pédicule assez étroit situé à gauche au-dessus de l'O.U.G. Section du pédicule au bistouri électrique. Fermeture de la brèche vésicale. Tube de Marion.

10 janvier 1944 : sort, bon état.

Histologie : papillome, embolies intravasculaires dans le pédicule.

20 avril 1948 : point à électrocoaguler au-dessous de l'O.U.G. Petit papillome gros comme une tête d'épingle.

OBSERVATION 9

K... Marcel, cinquante et un an. Papillome bénin.

Entre le 5 juin 1945 : hématuries depuis un mois.

Cystoscopie : volumineux polype largement implanté à faible distance du col, masquant l'O.U.G.; vessie à colonnes, bonne capacité, ne saigne pas.

C.R.O. le 15 juin 1945 (M. LEROY) : taille vésicale large, bonne exposition du trigone où s'implante un volumineux polype framboisé du

volume d'une grosse noix, bien pédiculé, sans infiltration à la base. En l'attirant, on amène l'uretère gauche. L'orifice U.G. est invisible. Le polype est implanté à son niveau.

On morcelle la tumeur au bistouri électrique pour dégager le pédicule et tâcher de ménager l'uretère.

On ne le peut pas et la résection au bistouri électrique intéresse sur 5 mm la terminaison de l'uretère sur lequel est implanté le polype. On voit alors sourdre l'urine. Mise en place d'une sonde urétérale. La sonde est glissée dans l'urètre par un sonde à bout coupé.

Petite mèche dans la région urétérale. Tube de Freyer. Vessie en deux plans.

Sort le 1er août 1945, fermé et guéri. En bon état général.

Papillome, réticuline régulière.

OBSERVATION 10

Cuv... Alexandre, quarante-cinq ans. Papillome bénin : cinq ans. Va bien.

Entre pour hématuries le 10 février 1943 (depuis 1939).

13 février 1943 : cystoscopie (Le Brigand) : volumineux polype de la face latérale droite masquant l'orifice urétéral, étendu de 7 h à 11 h, aspect granuleux mais sans zone nécrotique, lésion peu hémorragique. On a l'impression d'une tumeur implantée par un pédicule, probablement assez large, le reste de la vessie est sain. Orifice urétéral gauche normal.

C.R.O. le 20 février 1943 (MM. Dossot et Le Brigand) : taille vésicale. Tumeur de la face latérale droite de la vessie, de la taille d'une mandarine, pédicule large. Transfixion du pédicule et ligature par un nœud de Meunier. Section au bistouri électrique. Tube de Marion, deux plans. Drain de la région.

16 mars 1943 : bon état.

Sort le 25 mars 1943 guéri.

Examen histologique : structure typique de papillome, mais la base d'implantation manquait.

13 avril 1948 : bon état.

OBSERVATION 11

Lev... Alphonse, soixante-sept ans. Papillome bénin.

Entre le 9 février 1942 pour hématuries terminales, depuis deux à trois mois.

5 février 1942 : cystoscopie : tumeur vésicale adhérente, assez volumineuse (deux champs), implantée dans sa moitié droite de 6 h à 9 h, assez mobile. Pédicule qu'on ne peut apercevoir.

Urée 0,56.

B.W. ++.

18 février 1942 : C.R.O. : taille hypogastrique. On constate que la tumeur, volumineuse et très friable, est implantée au-dessus et en dehors de l'uretère droit par un pédicule souple et assez long pour permettre l'exérèse par section muqueuse dans de bonnes conditions.

Suture de la brèche muqueuse par trois points de catgut. Fermeture sur tube.

Il s'agit de papillome vésical.

Sort le 15 avril 1942. Bon état.

OBSERVATION 12

Docteur Re..., soixante ans. Papillome. Décédé d'embolie.

26 septembre 1945 : hématuries avec caillots chez un vieux lithiasique pléthorique sans calculs.

Dyspnée d'effort, sans lésion cardiaque.

Cystoscopie : énorme papillome remplissant la moitié droite de la vessie, largement implanté et masquant l'orifice urétéral droit, mais l'urographie intraveineuse montre le rein droit sécrétant moins, non dilaté.

13 octobre 1945 : papillome pédiculé largement au-dessus de l'orifice urétéral droit, gros comme une noix, non induré, paroi souple, ensemencement sur la lèvre antérieure du col. Ablation large de la paroi d'implantation. Cystectomie et suture, mèche. Electrocoagulation des greffes. Urée 0,28.

20 octobre 1945 : examen histologique (BUSSER) : papillome bénin.

28 octobre 1945 : suites simples, ne supporte pas la sonde urétrale, remise de la sonde de Pezzer.

Mais le 30 octobre 1945, décédé d'embolie massive 1/4 d'heure.

OBSERVATION 13

Mor..., soixante-neuf ans. Papillome bénin récidivant.

4 mars 1946 : opéré de tumeur de vessie (nature ?) il y a six mois à Clermont-Ferrand (LECOQ). Retouche par électrocoagulation il y a trois mois. N'a plus saigné. Très bonne capacité, urines louches.

Cystoscopie au cours de laquelle j'aperçois à un moment un papillome gros comme un œuf de pigeon. Puis je ne le retrouve plus et suis en présence d'une vessie absolument saine à fines colonnes.

En outre, un orifice diverticulaire au contact de la bulle d'air et à droite d'elle. Le papillome est-il disparu dans le diverticule.

A revoir dans trois semaines.

21 mars 1946 : cystoscopie : papillome gros comme une noisette sur la ligne médiane postérieure, pédiculé.

25 mars 1946 ; électrocoagulation de deux gros papillomes mobiles : un antérieur inséré dans la région de l'orifice urétéral gauche; l'autre postérieur sur la paroi postérieure à mi-hauteur.

28 mars 1946 : vérification cystoscopique. Bien enlevé.

2 mai 1946 : électrocoagulation d'un petit papillome à droite de la bulle d'air, les anciens bien cicatrisés.

6 juin, 13 juin, 17 octobre 1946, 6 mars 1947, 1948 : très bien.

OBSERVATION 14

Bel..., soixante-douze ans. Papillome bénin récidivant sept ans.

15 février 1943. Opéré le 26 décembre 1941 par taille vésicale large d'une tumeur de vessie implantée sur la paroi latérale gauche au-dessus de l'orifice urétéral gauche. Suites bonnes : un an.

Hématurie revenue il y a un mois. ARNAL a vu quelques végétations à coaguler.

Examen histologique de la tumeur : tumeur villeuse à base d'implantation assez large. Pas de signes de malignité. L'épithélium est partout de type vésical, sans anomalies. Aucun envahissement de la couche musculaire. Mais pronostic réservé car l'expérience montre des récidives fréquentes, surtout quand le pédicule n'est pas étroit.

19 février 1943 : électrocoagulation. Récidive située sur la paroi vers 5 h, aspect de papillome.

22 mars 1943 : urines claires.

5 avril 1943 : cystographie : bonne vessie.

18 octobre 1943 : cystoscopie : rien.

6 décembre 1943 : revue à la cystoscopie avec MÉNÉGAUX; vessie saine, cicatrice visible. Le malade a fait un plastron inflammatoire de la F.I.G. presque médian. Radio-lavement baryté. Sténose union côlon gauche côlon sigmoïde.

7 décembre 1943 : opération côlique.

17 novembre 1944 : opéré par MÉNÉGAUX, bon résultat.

27 novembre 1944 : électrocoagulation d'un petit papillome de vessie. A été revu en 1948 : très bien.

OBSERVATION 15

Mich..., soixante-dix ans. Papillome bénin récidivant.

3 septembre 1940 : a eu de multiples électrocoagulations par EUDEL, et notamment en 1936. Bonne période de 1936 à 1939.

Reprises d'hématuries avec épreintes et urines puantes.

Cystoscopie par CORBINEAU, à Tours, qui dit tumeur sessile du côté droit de la vessie.

Cystoscopie : toute la vessie semble prise, tout le pourtour du col et toute la paroi droite. A revoir après nitrate.

10 septembre 1940 : nouvelle cystoscopie; un très gros papillome implanté à droite et d'autres franges au col. Az : 0,50.

C.R.O. le 16 septembre 1940 : un très gros papillome bilobé largement implanté sur la face droite (mandarine), un autre sur la face postérieure du col, les deux uretères libres. Ablation large au bistouri électrique; reconstitution de la paroi droite; mèche sur le col qui saigne.

Suites très simples.

5 octobre 1940 : fermé.

10 octobre 1940 : sort de clinique.

13 novembre 1940 : cystoscopie : rien (Docteur CORBINEAU).

10 février 1942 : petit papillome sur la cicatrice à électrocoaguler.

OBSERVATION 16

Bl..., Florent, âgé de trente-neuf ans. Papillome bénin récidivant cinq ans. Va bien.

Bon état. T.R. rien à signaler. Urée 0,50.

Cystoscopie le 26 mars 1943 : aspect congestif, saignant facilement; tumeur de la face latérale gauche. Limites difficiles à préciser étant donné la difficulté de bien laver la vessie.

C.R.O. le 27 mars 1943 : taille vésicale; on tombe sur un polype du volume d'une grosse pomme occupant toute la région urétérale gauche, masquant le trigone.

Ablation du polype, électrocoagulation à la base d'implantation.

Fermeture de la vessie sur un drain.

Sort. Bon état le 15 mai 1943.

18 avril 1948 : petit papillome à 12 h, sur la cicatrice; le reste normal.

OBSERVATION 17

Sor... Marie, quarante-six ans. Papillome bénin récidivant quatre ans.

Entre le 17 mai 1943 pour hématuries.

Début remontant à 1941 avec hématurie; tous les trois mois, hématuries durant deux à trois jours.

Cystoscopie : polype dégageant l'orifice urétéral gauche et cachant le droit, paraissant pédiculé.

Urée : 0,31.

18 mai 1943 : étincelage de la tumeur.

1er juin 1945 : C.R.O. : taille vésicale; tumeur sessile implantée sur la paroi latérale droite et entourée d'œdème; orifices urétéraux invisibles.

Exérèse et électrocoagulation locale étendue car la muqueuse à l'entour, sans être infiltrée au palper, présente un aspect mamelonné et vernissé. Tube de Marion.

Suites opératoires normales. Sort fermé le 1er juillet 1943.

Revue en 1945 : nouveau polype qui a nécessité son hospitalisation (17 mai au 6 juin 1945), traité (je crois) par électrocoagulation.

16 août 1947 : décédée d'hystérectomie pour fibrome, clinique Antoine Chantin.

OBSERVATION 18

Chi..., soixante-cinq ans. Papillome bénin récidivant.

5 décembre 1944 : passé gastrique avec G.E. Va bien maintenant, a engraissé; il y a un mois, douleur pelvienne suivie d'une hématurie totale rouge.

Cystoscopie (DUFOUR) : papillome de vessie.

Urographie intraveineuse : flou de tous les calices du rein droit.

9 décembre 1946 : pyélographie (PORCHER) : rien au rein droit.

Cystoscopie : gros papillome largement implanté sur la paroi latérale droite au-dessus de l'orifice urétéral droit.

Az : 0,44.

10 décembre 1944 : cystectomie partielle, papillome pédiculé implanté juste au-dessus de l'orifice urétéral droit, mais l'orifice restant indépendant.

Suites simples.

15 janvier 1945 : sort fermé.

1er février 1945 : s'est rouvert; électrocoagulation. Dor.

21 mars 1945 : cystoscopie parfaite.

21 juin 1945 : récidive de deux papillomes sur la cicatrice; électrocoagulation.

12 juillet, 18 octobre 1945, 31 février 1946 : très bien.

A Pâques 1946, grosse hématurie : vu et électrocoagulé par DOSSOT

6 juin 1946 : un petit papillome sur la paroi postérieure; électrocoagulé; quatre papillomes autour du col.

13 juin 1946 : résection du bord antérieur du col.

23 juillet 1946 : très bien.

30 octobre 1947 : parfait.

1948 : bon état.

OBSERVATION 19

Duv..., quarante-sept ans. Papillome dégénéré; malignité histologique.

15 mai 1945 : troubles vésicaux depuis quelques mois; lavages. Vu par FERRIER.

Hématuries initiales. Vessie intolérante.

Cystoscopie sous-épidurale.

Tumeur de 6 h à 9 h partant du col même; portions sphacélées et calcifiées. Quelques franges à la partie inférieure. Pas d'infiltration au T.R.

19 mai 1945 : la tumeur monte en cheminée dans la vessie, molle et sphacélique. Ablation de la première masse puis clampage du pédicule qui est implanté sur la lèvre du col et recouvre toute la corne trigonale droite. Jamais vu l'orifice urétéral droit !

Ablation de la paroi vésicale et du lobe prostatique; mèche puis aiguillage de radium (PIERQUIN), dix aiguilles au pourtour puis rapprochement de la paroi vésicale. Ballon de Darjet et cystostomie.

27 mai 1945 : suites simples, déméchage, pas de température.

1er juin 1945 : mise en fermeture par sonde à demeure.

10 juin 1945 : fermé mais se rouvre un peu le 11.

28 mai 1945 : examen histologique (BUSSER) : tumeur polypieuse, prolifération active et nombreuses anomalies nucléaires. Malignité histologique.

24 juin 1945 : suites très simples. DOR.

9 juillet 1945 : va bien, mais faible pollakiurie et dysurie, urine des calcaires.

27 septembre 1945 : merveilleux état général mais zone opérée chaotique sans forme, avec zones épaisses et calcifiées ?

1er décembre 1945 : urine bien, sans douleur. Bon état.

6 décembre 1945 : cystoscopie : zone opérée moins chaotique; petite membrane blanche.

7 mars 1946 : tout s'arrange à la cystoscopie.

25 juillet 1946 : parfait; état général magnifique.

1948 : bon état.

OBSERVATION 20

P... Jean-Baptiste, cinquante-deux ans. Papillome dégénéré, suspect de malignité : trois ans, récidive.

Entre le 16 novembre 1945 : hématurie totale.

C.R. cystoscopique : tumeur vésicale villeuse assez étendue et implantée dans la moitié supérieure.

C.R.O. : 17 novembre 1945 : taille tumeur volumineuse bien pédiculée, possibilité de l'attirer au dehors. Section au bistouri électrique à distance du pédicule. Le point d'implantation est nettement au-dessus et en dehors de l'orifice urétéral droit.

Suites normales.

Sort le 16 décembre 1945.

Histologie : papillome à axes extrêmement grêles. Quelques expansions réticuliniques dans les villosités font suspecter la transformation maligne.

16 avril 1948 : vessie de capacité réduite, cystite importante, impossibilité de voir avec netteté les parois; à nitrater.

OBSERVATION 21

Pi... Albert, soixante-trois ans. Papillome suspect de malignité : un an. Va bien.

Entre le 2 janvier 1947 : hématurie totale.

Début des hématuries il y a neuf mois.

3 janvier 1947 : cystoscopie (Docteur AUZELOUX) : assez volumineuse néoformation intéressant l'hémivessie gauche. Orifice urétéral normal.

Urée : 0,37.

T.R. : rien à signaler.

13 janvier 1947 : nitratage vésical.

18 janvier 1947 : taille vésicale; on trouve non une tumeur diffuse mais trois papillomes. Bases non indurée, l'un englobe l'orifice urétéral gauche; ablation au bistouri électrique après résection de la base de chaque polype. Catgut sur la paroi vésicale. Sonde urétérale gauche. Paroi en deux plans. Drain.

Suites opératoires : orchite; alerte de phlébite non confirmée.

22 février 1947 : sort en bon état.

18 avril 1948 : petit papillome à 12 h sur la cicatrice à électrocoaguler.

C.R. histologique : papillome; quelques irrégularités de la réticuline dans les végétations les plus profondes.

OBSERVATION 22

Prit... Georges, cinquante-quatre ans. Papillome suspect de malignité histologique : trois ans.

Entre le 2 mars 1945 pour hématuries.

Dans les antécédents : hématuries en 1942, en janvier 1945, qui se répètent dans les mois suivants.

Amaigrissement. Urée : 0,63.

T.R. au-dessus de la prostate, et à gauche on sent un épaississement.

Cystoscopie le 3 mars 1945. Lavages pour débarrasser la vessie de ses caillots; néoformation siégeant en arrière du col entre 5 h et 2 h, assez largement implantée; frangée en bas; sphacélée en haut.

C.R.O. : ablation d'un gros papillome situé en arrière du col au bistouri électrique, respectant l'orifice urétéral gauche.

27 mars 1946 : bon état à la cystoscopie.

10 avril 1948 : au niveau de la cicatrice, en arrière du col, zone chéloïdienne. Il ne semble pas y avoir de récidive.

C.R. histologique : papillome végétant à stroma légèrement congestif; nombreuses expansions réticuliniques perpendiculaires aux végétations néoplasiques.

OBSERVATION 23

Pet... Théodule, quarante et un ans. Papillome suspect de malignité histologique; réticuline irrégulière.

Entre le 27 mars 1943 pour hématuries.

Début en janvier 1942 pour hématurie qui dure deux jours.

Septembre 1942 : hématurie qui dure deux jours.

10 février 1943 : hématurie qui dure deux jours.

Cystoscopie le 26 mars 1943 : tumeur de vessie; polype occupant trois champs dans tous les sens frangés. On ne voit pas le pédicule; elle semble implantée sur la face latérale droite.

Orifices urétéraux visibles; cystite légère du trigone.

C.R.O. le 3 avril 1943 : taille vésicale; tumeur de la face latérale droite, pédicule large, cystectomie partielle au bistouri électrique. On passe à un demi centimètre de l'orifice urétéral droit.

Fermeture partielle de la vessie sur mèche iodoformée.

Tube de Marion, paroi en deux plans.

Sort le 7 mai : bon état général.

C.R. histologique : papillome régulier; réticuline irrégulière.

OBSERVATION 24

M... Clodomir, cinquante-quatre ans. Papillomes; papillomatose généralisée : deux ans après, probablement décédé.

Entre le 7 janvier 1942 : hématuries.

Première hématurie il y a trois ans; une par an environ avec une durée de trois à quatre jours.

21 janvier 1942 : taille pour polype; le polype, d'un volume d'une grosse cerise, est implanté au niveau de la région urétérale droite. Il est impossible de reconnaître l'uretère. Essai infructueux de cathétérisme.

Ablation du polype. Vessie en deux plans. Tube de Marion.

20 mars 1942 : sort en bon état.

Examen histologique : polype paraissant histologiquement bénin.

Revient le 1er mars 1944 : hématuries abondantes.

Cystoscopie : multitude de localisation villeuse dans la vessie. Radium intravésical le 1er avril 1944; est complété par rayons X. Etincelages successifs.

Le 2 août 1944 : vessie d'assez bonne capacité.

Polypose généralisée; radiothérapie.

OBSERVATION 25

Cai... Albert, cinquante-six ans. Polypes dégénérés, papillomatose avec infiltrations. Cystectomie totale.

Entré le 26 janvier 1948.

Déjà traité dans le service en 1947 pour papillomatose vésicale.

En 1942 : cystite.

En 1947 : hématuries.

Polypes (trois) à traiter par taille.

21 février 1947 : taille vésicale (Docteur GAUCHY). Ablation d'une petite tumeur pédiculée au niveau de la calotte, ensuite d'une tumeur plus grosse, friable et saignante sur la face postérieure, ensuite troisième petite tumeur au-dessus de l'orifice urétéral gauche; fermeture sur drain de Marion, crins sur la peau.

Suites immédiates bonnes, mais assez rapidement. Dès mai 1947, suivi à la cystoscopie, bourgeons papillomateux à 11 h, s'étendant jusqu'au col, mêmes lésions sur la face postérieure. Nitratage en juin 1947.

Fin juin, distilbène (Docteur MOTZ).

Août 1947 : à électrocoaguler (Docteur FERRIER).

Novembre 1947 : lésions végétantes au niveau de la calotte; électrocoagulation (Docteur BOUTEAU), lésions d'œdème et de cystite, nitrate.

27 janvier 1948 : vessie de capacité moyenne saignant au moindre contact. Peu de végétations sur la calotte, mais toute la partie située de 2 h à 6 h donne l'aspect de cystite végétante très suspecte.

Toucher rectal (Professeur FEY) : induration nette de la corne vésicale gauche.

3 février 1948 (Professeur FEY) : Coffey, premier temps par médiane sous-ombilicale et voie sous-péritonéale, découverte de l'uretère gauche le plus près possible de la vessie. Anastomose dans le sigmoïde par boutonnière péritonéale, sulfamides, drain pour pénicilline.

5 février 1948 : bon état, le Coffey donne : deuxième temps le 24 février 1948. Médiane sous-ombilicale :

1° Coffey par voie intrapéritonéale uretère droit.

2° Cystectomie totale sous-péritonéale; à gauche, fortes adhérences de la tumeur. On n'est pas certain d'avoir enlevé tout le prolongement latéral gauche de la tumeur. Mickulicz. Sulfamides, fermeture de la paroi.

Suites opératoires difficiles : ballonnement, aspiration duodénale, ictère post-transfusionnel.

Tout s'arrange avec réhydratation, aspiration. θ habituel. Le Coffey fonctionne bien.

10 mai 1948 : bon état; urine dix fois la nuit, sept à huit fois le jour.

Examen histologique : épithélioma végétant et infiltrant.

Radio : bonnes urographies intraveineuses. La corne gauche vésicale n'est pas injectée. Cystographie. Dessine la tumeur et l'infiltration de la corne vésicale gauche.

OBSERVATION 26

Fr... Georges, trente-neuf ans. Tumeur bénigne récidivante. Un an après, récidive cutanée sous forme de néo. Décès deux mois après.

En novembre 1943 : pyurie, pollakiurie, dysurie. Hématurie le 20 octobre. Le 8 novembre, hématurie totale, fétide; 38°5. Gros rein droit.

Cystoscopie : le compte rendu ne correspond pas à l'opération.

C.R.O. le 4 décembre 1943 :

1° Lombotomie droite, néphrostomie transpyélique.

2° Taille hypogastrique large. Deux papillomes, l'un cachant l'orifice urétéral droit, l'autre à droite du col. Résection et coagulation. Mèche, tube de Marion. Vessie en deux plans, paroi en deux plans.

C.R. histologique : papillome vésical absolument typique, rien ne permet d'apprécier le degré d'envahissement en profondeur. Structure cellulaire régulière.

Revu le 17 juillet 1944 pour électrocoagulation de trois papillomes. Vessie un peu rouge dans l'ensemble, il existe trois petites formations polypeuses dans le bas-fond vers 7 heures, bien pédiculées, elles semblent bénignes.

Revu en janvier 1945 : urines sales, hématuriques; ulcération et développement d'une tumeur cutanée sur la cicatrice de cystectomie; aspect bourgeonnant, sanieux, matières fécaloïdes sortant de l'ulcération.

Décès le 21 février 1945.

OBSERVATION 27

Lal... Bon..., cinquante ans. Tumeur sessile en 1945. Récidive en 1946 : cancer. Décès en juillet 1947.

3 juillet 1940 : gastroentérostomie pour ulcère duodénal et périduodénite. Myocardite.

1944 : hématuries abondantes, répétées.

Cystoscopie : tumeur sur la paroi postérieure plus diverticule près de l'orifice urétéral gauche; quatre coagulations endoscopiques à Dalat (Indo-Chine).

Août 1945 : hématuries avec caillots.

Intervention : tumeur sessile, comme une mandarine, implantée sur une surface de 5 francs. Extirpation, suture muqueuse, bonnes suites. Pas d'examen histologique.

Depuis, on trouve une tumeur sur le trigone en forme de figue. Nouvelle hématurie; trouble des mictions. Retour en France en avion.

2 mai 1946 : cystoscopie : vessie saine sans tumeur, mais diverticule près de l'orifice urétéral gauche et il y a saignement comme dans une tumeur.

13 mai 1946 : cystoradiographie : on voit le diverticule qui ne se vide pas, on ne voit pas si il y a une tumeur dedans. A refaire.

20 mai 1946 : le diverticule est petit. Pas de tumeur. Electrocoagulation par MOTZ sur la cicatrice d'un polype.

13 juin 1946 : revient à l'Alma, amaigri et souffrant de l'hypogastre. Grosse tumeur comme une orange avec ganglions inguinaux bilatéraux. Se cachectise.

18 juin 1946 : ablation de la tumeur hypogastrique avec curage des ganglions bilatéraux. La vessie est intacte, mais petite cystostomie. Gros shock. Arythmie.

Examen BUSSER : infiltration de la paroi par de très abondantes coulées néoplasiques s'écartant légèrement du type malpighien habituel, néanmoins d'origine incontestablement vésicale. Deux ganglions ont été examinés, l'un présente un envahissement massif, l'autre adénite subaiguë banale.

18 juillet 1946 : sort.

26 juillet 1946 : a rouvert, fistule hypogastrique.

23 novembre 1946 : traitement radiothérapique : treize séances en août; depuis urine débris, sang; urines très sales; cystite. A cependant repris 4 kilos. Bon état général.

Mort en juillet 1947.

OBSERVATION 28

Gen... Lucien, quarante-neuf ans. Tumeur végétante; infiltration histologique à la base; cystectomie plus radium. Non revu; probablement décédé.

Entre le 18 janvier 1944.

Depuis deux mois : dysurie, pollakiurie, légères hématuries.

Examen cystoscopique le 18 janvier 1944 : néoformations très étendues sur le versant vésical du col de 6 h à 2 h, occupant donc toute la région du bord latéral droit. A 5 h, volumineuse masse bourgeonnante (trois champs).

26 janvier 1944 : urétroscopie, les lésions semblent inflammatoires au niveau du col. A revoir après nitratage.

26 janvier 1944 : cystoscopie : lésions du col en voie d'amélioration, cependant suspectes de malignité. Nitrate à continuer.

9 février 1944 : intervention. C.R.O. : tumeur de vessie très étendue. Zone végétante implantée largement sur la paroi vésicale en bas et à gauche et, d'autre part, dans le voisinage du col, la paroi vésicale n'est pas infiltrée semble-t-il, les lésions sont assez superficielles. Cystectomie partielle et radium sur la zone du col préalablement électrocoagulée.

Fermeture de vessie difficile spontanément. Le 20 avril 1944, sort encore avec une sonde de Petzer. Doit revenir dans deux mois pour fermeture chirurgicale.

OBSERVATION 29

Suc... Henri, cinquante-deux ans. Tumeur infiltrée et ulcérée saillante : dix-huit mois. Va bien.

19 novembre 1946 : hématurie terminale.

Urétro-cystoscopie : tumeur largement implantée dépassant légèrement le champ du cystoscope situé entre 10 h et 11 h à la paroi postérieure. Orifices urétéraux normaux.

26 novembre 1946 (Professeur FEY) : C.R.O. : ablation d'une tumeur vésicale au bistouri électrique; tumeur ulcérée d'aspect malin située sur la face postérieure au-dessus du trigone.

26 décembre 1946 : sortie du malade en bon état, vessie fermée.

C.R. histologique : épi. malpighien indifférencié, partiellement infiltrant.

15 avril 1948 : petit semis à 10 h de papillomes à électrocoaguler.

OBSERVATION 30

Mme Cos... Néo-excréto-urinaire : un an; tumeur saillante; ablation au résecteur. Va bien.

20 février 1947 : tumeur du col vésical étalé de 2 h à 7 h, semblant plus facile à enlever au résecteur que chirurgicalement.

15 mars 1947 : après plusieurs nitratages, la tumeur s'est réduite et se résout a une assez grosse tumeur juste derrière le col (mais indépendant du col lui-même entre 3 h et 5 h) ; résection au résecteur assez satisfaisante mais sera à vérifier.

23 mars 1947 : sort. Examen histologique BUSSER : néo-excréto-urinaire.

24 avril 1947 : cystoscopie : deux papillomes gros comme une noix, un sur le col à 4 h, un recouvrant la corne gauche du trigone.

28 avril 1947 : la destruction au résecteur est-elle complète ?

2 mai 1947 : non; il reste celui du trigone que FERRIER et MOTZ réattaqueront le 3 mai 1947.

8 mai 1947 : il reste une tumeur plate infiltrant la paroi en arrière de l'orifice urétéral gauche.

10 mai 1947 : troisième électrocoagulation d'abord au résecteur qui coupe bien, mais voit mal, puis à l'électrode cystoscopique.

Tout semble enlevé mais la base est dure.

Suite avec péricystite droite. Température à 40° et douleurs.

16 mai 1947 : épi. de type excréto-urinaire.

3 juillet 1947 : cystoscopie très bien, rien de suspect; muqueuse saine partout.

2 octobre 1947 : très bien, mais névralgie pelvienne.

3 janvier 1948 : cytoscopie parfaite. Etat général magnifique.

OBSERVATION 31

Four..., trente-neuf ans. Tumeur papillaire avec infiltration limitée; cystectomie partielle : un an. Va bien.

14 mars 1947 :

Il y a quinze ans, cystite de dix jours : lavages.

Il y a cinq ans, rechute avec douleur rénale et hématurie, pus, sang, colibacilles.

Il y a un mois, hématurie de sang pur, coli, staphylos, pas de bacilles de Koch. Pollakiurie : trois fois par nuit, deux fois par jour. Pas de fièvre.

Epididymite il y a trois semaines avec furonculose.

T.R. : prostatite corne droite. Reins non palpables. Urines très sales.

15 mars 1947 : urographie intraveineuse; pas de sécrétion du rein droit et absence dans toute la vessie droite.

20 mars 1947 : cystoscopie : énorme tumeur frangée couvrant toute la moitié droite de la vessie. Hémicystectomie à faire.

Toucher rectal : infiltration et dureté de la tumeur dans la moitié droite du petit bassin.

16 avril 1947 : ablation transvésicale d'un gros bloc partant au-dessus de l'urètre à gauche et envahissant toute la moitié droite du trigone et la paroi latérale, envahit nettement la prostate. Résection au bistouri électrique puis aux ciseaux. Très grosse hémorragie. Mickulicz. Deux brèches péritonéales.

20 avril 1947 : réaction péritonéale de premier jour. Pénicilline puis stase et vomissements. Aspiration duodénale.

Examen histologique : tumeur à structure papillaire peu ramifiée avec revêtement épais; tendance nette à l'infiltration en profondeur mais encore limitée.

26 avril 1947 : orchite droite avec 40°, mais amélioration nette.

10 mai 1947 : a fait deux jours de température à 40° avec douleur au rein droit, suivie d'élimination d'un tuyau calcifié (extrémité de son uretère ?).

15 mai 1947 : sort bien remonté.

3 novembre 1947 : très bon état général, a éliminé un calcul vésical il y a un mois. Urine très bien tous les six heures, une fois la nuit.

Revu en mars 1948 : va bien.

OBSERVATION 32

Gui..., cinquante-deux ans. Tumeur infiltrée sans infiltration importante. Epi excréto-urinaire : trois ans. Va bien.

20 avril 1945 : depuis six mois, urines sales; pollakiurie diurne et nocturne; brûlures à la miction. Août 1944 : hématurie terminale, pus entérocoques, germes variés. Radiographie : pas de calcul. Il n'a pas été fait de cystoscopie.

21 avril 1945 : cystoscopie : grosse tumeur charnue implantée en large colonne sur l'orifice urétéral gauche et saillant en menhir dans la vessie. Orifice urétéral droit dégagé, orifice urétéral gauche invisible.

Urographie intraveineuse : très bons reins.

Cystoradiographie : confirme la prise de toute la paroi gauche.

30 avril 1945 : hémicystectomie gauche passant à ras de l'orifice urétéral gauche. Mickulicz.

6 avril 1945 : ablation du Mickulicz.

1er mai 1945 : examen histologique (BUSSER) : épi. de type excréto-urinaire typique. Infiltration qui entame la couche musculaire mais ne paraît pas s'étendre loin en profondeur.

18 mai 1945 : suites idéales. Cependant, température à 39°; par sonde à demeure, tout rentre dans l'ordre.

4 juin 1945 : fermé.

7 juin 1945 : sort en bon état.

7 juillet 1945 : fistulette : cautérisation à la Dor.

11 janvier 1946 : revu en bon état.

13 novembre 1947 : cystoscopie parfaite.

Mai 1948 : bon état.

OBSERVATION 33

Ramb... Papillome dégénéré infiltrant; urétéro-cysto-néostomie.

30 mai 1946 : hématurie totale depuis quinze mois.

Vu par son cousin, le Docteur LACROIX d'Alger, puis BERNARD qui trouve un gros papillome.

Cystoscopie : tumeur de 3 à 7 h recouvrant l'orifice urétéral gauche. Orifice urétéral droit dégagé.

7 juin 1946 : cystoradiographie et urographie intraveineuse.

Rien de net, sauf le diverticule.

Urographie : rein droit parfait; rein gauche, un peu de stase.

15 juin 1946 : ablation de la tumeur par cystectomie de la corne gauche. En réalité, la tumeur est traversée par l'uretère. Urétéro-cysto-néostomie, une mèche.

Examen BUSSER : épi. de la vessie d'architecture lobulaire et trabéculaire à cellules indifférenciées, avec un début d'infiltration de la paroi musculaire; quelques lésions inflammatoires secondaires.

9 juillet 1946 : sort fermé, guéri et bien.

1er août 1946 : prend 1 kg 900 en huit jours; plaie fermée solide; souple au toucher rectal. Très bon état général.

23 septembre 1946 : a engraissé, rajeuni, urine bien, se lève une fois la nuit. A eu un épisode fébrile avec douleurs du côté gauche cédant aux sulfamides.

Cystoscopie : muqueuse saine; orifice urétéral gauche en gueule de diverticule.

29 septembre 1946 : cystographie : pas de reflux.

Urographie intraveineuse : rein droit bon, rein gauche, retard et faiblesse de sécrétion. Pas de grosse dilatation, mais a flanché après l'opération.

OBSERVATION 34

Mer... Eugène, soixante et un ans. Papillome dégénéré avec infiltration. Mort post-opératoire.

Entre le 15 décembre 1946 pour hématuries totales.

Juin 1936 : hématuries; électrocoagulation pour papillomes.

1943 : nouvelle hématurie et électrocoagulation.

1946 : trois hématuries (février, juillet, décembre).

9 décembre 1946 : bonne azotémie : 0,50; bonne urographie intraveineuse, surtout à droite.

Cystoscopie : vessie de bonne capacité, rouge avec fausses membranes, grand polype d'implantation large s'étendant de 12 h à 5 h.

En plus, quelques petits polypes au niveau du trigone. On ne voit pas les orifices urétéraux.

20 décembre 1946 : C.R.O. : taille vésicale pour polypes; ablation d'une tumeur du trigone, d'implantation large au bistouri électrique; coagulation de quelques petits polypes. Ablation d'un lobe médian, fermeture en deux plans. Drain de Marion.

22 décembre 1946 : hématuries très importantes, transfusions répétées.

26 décembre 1946 : azotémique (2 g 01), demi-comateux, meurt dans le coma urémique malgré les soins habituels.

Infiltration à la base sous forme d'épi, atypique, papillome cancérisé. Réticuline très irrégulière à ce niveau.

OBSERVATION 35

Au... Louis, quarante et un ans. Papillome dégénéré avec infiltration : sept ans. Va bien.

En 1941 : hématurie terminale. Pyurie.

13 mars 1941 : cystoscopie : grosse masse tumorale implantée sur le bord gauche de la vessie de 1 h à 4 h. Orifice urétéral gauche visible.

18 mars 1941 : C.R.O. (Professeur Fey) : gros papillome de la paroi gauche de 1 h à 4 h, implantation en surface mince mais allongée. Orifices urétéraux respectés. Après incision de la paroi vésicale, on a la surprise de trouver dans le tissu pelvien une masse arrondie, élastique, qui tient d'un seul tenant avec le papillome, s'énuclée en masse avec lui.

Examen histologique : épi. à type excréto-urinaire, végétant en surface avec architecture papillaire, infiltrant en profondeur sous forme de boyaux pleins.

Le noyau profond paraît être une masse néoplasique remplissant un diverticule.

22 avril 1941 : sort en bon état. A surveiller, cystoscopie mensuelle conseillée.

15 novembre 1941 : électrocoagulation de trois papillomes, un à 3 h, deux petits à 2 h.

5 juin 1942 : électrocoagulation de petits papillomes en arrière du col, à 12 h.

5 juillet 1944 : masse pédiculée sur la paroi postérieure au-dessous de la bulle d'air.

11 juillet 1944 : entre pour intervention.

C.R.O. : cystectomie partielle enlevant en masse la tumeur et la base d'implantation.

5 août 1944 : sort en bon état.

Examen histologique (BUSSER) : épi. excréto-urinaire typique, aucune tendance à l'infiltration du muscle sur le fragment examiné. Cependant, on doit faire des réserves sur la malignité de cette tumeur.

Bon état en 1948, non revu à la cystoscopie.

OBSERVATION 36

Boul... Jules, soixante-quatre ans. Papillomes récidivants dégénérés avec infiltration histologique et clinique.

Début en 1938 : cystite; pas de tumeur à la cystoscopie.

En 1940 : deux papillomes; électrocoagulation.

En 1942 : papillomes électrocoagulés à Péan.

En 1943 : cystite; instillations; hématuries.

Fin 1943 : cystite (opération de RICHET).

Cystoscopie : vessie de capacité médiocre, colonnes. Orifices urétéraux normaux, leur éjaculation n'est pas sanglante. Tumeur violacée irrégulière dont on ne voit pas le pédicule entre 11 h et 12 h (deux champs).

Le 10 janvier 1945 : C.R.O. : taille vésicale; tumeur de la calotte et de la face latérale droite; extrapéritonisation, ablation faite de toute la masse qui est sessile, irrégulière, mais peu infiltrée.

Le 16 février 1945 : bon état, sort de l'hôpital.

Histologie : épithélioma encéphaloïde sessile avec début d'infiltration à la base. Réticuline très irrégulière.

OBSERVATION 37

Rous... Camille, quarante-deux ans. Papillome dégénéré infiltrant.

Vient le 18 mai 1943 pour hématurie.

Cystoscopie : vessie de capacité normale, orifices urétéraux normaux. Petite néoformation frangée en arrière de l'orifice urétéral gauche.

Electrocoagulation.

Revu en juillet 1943 : derrière l'orifice urétéral gauche, muqueuse irrégulière; œdème.

16 décembre 1943 : hospitalisé; aspect de tumeur maligne au cystoscope.

Opéré le 4 janvier 1944 : taille vésicale, résection au bistouri électrique de la tumeur largement implantée au-dessus de l'orifice urétéral gauche. Fermeture en deux plans. Drain de Marion.

C.R. histologique : épi. atypique infiltrant, envahissant très profondément la paroi musculaire. En surface, débris nécrotiques ayant en effet l'architecture générale des tumeurs polypeuses.

Sort le 14 février 1944. Non revu.

OBSERVATION 38

M. Lev..., soixante-cinq ans. Hématurie, pyurie, tumeur infiltrée. Décédé en juillet 1939 de récidive pariétale.

25 janvier 1936 : a toujours uriné souvent : deux fois par nuit, toutes les demi-heures le jour. Depuis trois mois, besoins impérieux sans brûlures.

Pollakiurie non augmentée, pas de dysurie. Hématuries nettement terminales. Urines très troubles.

Examen des urines : pus + hématies et staphylos.

Toucher rectal impossible, périnée trop épais.

28 janvier 1936 : cystoscopie : gros papillome occupant toute la paroi latérale droite de la vessie. Surface framboisée, pas de nécrose, pédicule ? Une petite greffe sur la paroi postérieure et à gauche. Orifice urétéral droit dégagé au pôle inférieur, œdématié.

12 février 1936 : C.R.O. : cystotomie large. En réalité, la tumeur est infiltrée sur toute sa base et descend très bas, occupant toute la face droite. Vessie étroite en cheminée. Cystectomie de toute la moitié droite qui enlève la masse mais très à l'aveugle au pôle inférieur. De plus, tout le reste de la muqueuse est tomentueux. De plus, on ne peut pas reconstituer la vessie et on laisse toute la brèche largement ouverte : mèche plus deux paquets de radium (pas d'aiguilles). Radium laissé jusqu'au 16 février 1936. Enlevé sans incidents.

19 février 1936 : suites admirables et apyrétiques; le tube fonctionne bien; état général parfait.

23 février 1936 : commence à sentir quelques poussées.

27 février 1936 : examen histologique (DEGRAIS) : épi. paramalpighien de structure papillaire et d'évolution assez superficielle. Le chorion sous-jacent est le siège d'une hyperplasie intense du système vasculaire, créant une image angiomateuse typique qui s'étend jusqu'au conjonctif qui constitue le stroma de la tumeur.

6 mars 1936 : œdème du membre inférieur droit, phlébite ?

10 avril 1936 : fermé, mais se rouvre.

21 avril 1936 : fermé à nouveau mais pas définitif; sorte de paraplégie bizarre, vessie bien.

Juillet 1939 : décédé de récidive pariétale; soigné par DEGRAIS.

OBSERVATION 39

Pes... Paule, âgée de cinquante-deux ans. Tumeur infiltrée intéressant l'orifice urétéral gauche. Décès.

Entre le 20 mars 1944.

Début en décembre 1943 par douleurs lombaires gauches.

25 février 1944 : hématuries.

La cystoscopie montre un volumineux néoplasme siégeant au niveau de l'orifice urétéral gauche qui est masqué.

Toucher vaginal : infiltration du cul-de-sac à gauche.

Urographie : pas de sécrétion à gauche.

Urée : 0,22.

Sort le 30 mars 1944.

Revient le 17 avril pour se faire opérer.

C.R.O. le 21 avril 1944 : laparotomie. On sent la saillie de la tumeur dans le cul-de-sac gauche. Il n'y a pas d'ulcération du péritoine. Libération de quelques adhérences entre l'utérus, les annexes et l'épiploon. La tumeur est indépendante des organes génitaux.

Extrapéritonisation du dôme vésical. Ouverture de la vessie sur la ligne médiane postérieure, ce qui permet de repérer la tumeur qui est proprement vésicale avec une ulcération très localisée et ombiliquée.

Résection au bistouri électrique de tout le pourtour de la tumeur enlevant la moitié gauche du trigone jusqu'au contact même du col vésical et à peu près toute la paroi gauche. On poursuit la dissection de la tumeur qui colle à la paroi vaginale gauche, nettement indépendante du col utérin.

On arrive à cliver la tumeur et à la réséquer en sectionnant la paroi gauche du vagin.

Fermeture du péritoine et du vagin.

Réfection de la vessie en ramenant la paroi droite près du col et en laissant deux sondes, l'une dans l'urètre, l'autre à la partie supérieure du dôme vésical. Mickulicz sur la face gauche de la vessie, deux mèches.

L'uretère gauche a été sectionné au moment où l'on a enlevé la tumeur. On le met en urétérostomie cutanée avec une sonde à la partie supérieure de l'incision.

Paroi en deux plans, lin sur la peau.

Décédée le 24 juillet 1944.

OBSERVATION 40

Qu... Fr... Tumeur infiltrée : cystectomie partielle. Probablement décédé, pas de réponse.

Entre le 3 juillet 1945 pour hématuries.

Cystoscopie.

C.R.O. le 10 juillet 1945 (Docteur COUVELAIRE) : taille vésicale; volumineux épithélioma vésical infiltrant adhérant à la paroi abdominale antérieure; cystectomie étendue à toute la calotte. Après extrapéritonisation, l'orifice urétéral gauche est normal. L'orifice urétéral droit est rasé de près; deux mèches, drain de Petzer.

Sortie le 15 août 1945.

Epi. typique infiltrant ulcéré, à stroma inflammatoire; réticuline extrêmement irrégulière.

OBSERVATION 41

Cor... Mar..., trente-quatre ans. Tumeur infiltrée : deux ans trois mois. Décédé.

18 janvier 1944 : entre pour hématuries.

Cystoscopie : vessie de bonne capacité, lésions de cystite du trigone. A 4 heures, orifice diverticulaire qu'on reconnaît ensuite être l'orifice urétéral gauche. A 2 heures, petite tumeur infiltrée entourée d'une zone ecchymotique.

Urétéroscopie : col épais, bord inférieur surélevé. U.P. Trois champs.

13 novembre 1944 : cystoscopie : la tumeur à 2 heures ne dépasse pas le champ du cystoscope, elle est implantée sur la paroi supérieure juste derrière le col : sa surface est lisse, large, bien limitée.

20 mars 1945 : cystectomie partielle après extrapéritonisation. Résection triangulaire allant jusqu'au col.

Sort en bon état.

11 mai 1945 : nouvelles hématuries.

Janvier 1946 : nouvelles hématuries.

Avril 1946 : grosse hématurie.

5 mai 1946 : cystoscopie. Bonne capacité. Lésions au niveau du col et de la partie antérieure du trigone, muqueuse d'aspect tomentueux, avec petits bourgeons charnus. Le col, irrégulier, épaissi, est le siège d'une tumeur largement implantée, peu saillante, mais étendue de 8 à 12 h.

Résection de toute la partie droite du col.

Biopsie : épithélioma atypique infiltrant largement la plupart des fragments. Infiltration inflammatoire abondante du stroma.

Mai 1947 : revu récemment; cystite persistante avec quelques hématuries. Récidive probable.

Palliatif.

Décédé en juillet 1947.

OBSERVATION 42

Br... Lucien, soixante-cinq ans. Hémicystectomie et néphrectomie droite. Décédé trois mois après.

Entre le 5 février 1943 pour hématuries qui ont débuté il y a un mois et demi; abondantes lors de son arrivée à l'hôpital.

Tumeur de la face latérale droite de la vessie. Le rein droit ne donne rien à l'urographie intraveineuse. La radio montre une image lacunaire sur toute la partie droite vésicale.

Urée : 0,37.

19 février 1943 : C.R.O. (Professeur FEY) :

1° Médiane sous-ombilicale. Extrapéritonisation de la vessie qui se fait sans difficulté. Hémicystectomie droite. Sur le pôle inférieur de la tumeur, il faut tailler en pleine prostate, mais l'atmosphère périvésicale est libre. Pas d'adhérence au rectum. Section de l'uretère.

Fermeture du moignon vésical sur tube de Marion. Paroi en deux plans.

2° Néphrectomie droite selon la technique habituelle. On enlève tout le reste de l'uretère. Drain dans la loge. Peau lin.

Décédé le 15 mai 1943.

OBSERVATION 43

Bl... Jean, soixante-deux ans. Cystectomie partielle plus néphrectomie gauche : quatre mois.

Entre le 11 février 1943 pour hématuries; début il y a trois ou quatre mois.

12 février 1943 : cystoscopie (Docteur BOUCHARD) : grosse tumeur sessile intéressant la région de l'orifice urétéral gauche de 3 h à 6 h. L'orifice urétéral gauche n'est pas visible.

Amaigrissement : 9 kg. Urée : 0,31. Toucher rectal : paroi vésicale souple.

23 février 1943 : taille vésicale pour tumeur de vessie.

C.R.O. : cystectomie partielle pour tumeur intéressant l'orifice urétéral gauche; le compte rendu n'est malheureusement pas complet.

Suites opératoires troublées, fébriles à 39°-40°.

8 mai : néphrectomie gauche.

C.R. : néphrectomie gauche d'un malade ayant subi une cystectomie partielle pour tumeur. Uretère très dilaté. Paroi en deux plans. Un drain.

8 juin : décès, cachectique, fébrile et diarrhéique. Localement, les deux opérations avaient donné des suites satisfaisantes.

Epithélioma infiltrant; réticuline irrégulière dans les masses infiltrantes.

OBSERVATION 44

Cap... Louis, quarante et un ans. Deux ans : tumeur infiltrée : cystectomie partielle plus néphrectomie.

En février 1939 : pollakiurie, hématurie.

En juillet 1939 : cystoscopie, polype, étincelage.

En juin 1941 : entre dans le service; nouvelle hématurie. Urée : 0,56; pyurie à coli entéro.

28 juin 1941 : cystoscopie (énorme polype occupant la moitié droite de la vessie de 11 h à 5 h).

4 juillet 1941 : tumeur infiltrée du trigone et de tout le pourtour du col vésical, végétations molles mais aucune pédiculisation. Abrasion des végétations au bistouri électrique et à la curette, puis électrocoagulation de la paroi.

20 décembre 1941 : cystectomie partielle après extrapéritonisation totale; résection au bistouri électrique de toute la tumeur largement implantée. Section de l'uretère gauche dilaté, plein de pus, puis néphrectomie immédiate du rein gauche; pyonéphrotique avec tout l'uretère.

20 mars 1942 : fermeture de la vessie.

23 juin 1942 : étincelage pour bourgeon entre 1 h et 5 h.

2 novembre 1942 : étincelage.

6 avril 1943 : mauvais état, douleurs, amaigrissement de 4 kg, pyurie. Instillations.

Sort le 16 avril 1943.

Probablement décédé.

OBSERVATION 45

Mme Ba...; soixante-quatre ans. Tumeur infiltrée : un an et demi. Décédée en janvier 1938.

21 juillet 1936. En juin 1936, une hématurie terminale, plusieurs hématuries ensuite après défécation, caillots une seule fois.

Pollakiurie trois à quatre fois la nuit; pas de douleurs.

F.T. il y a trente ans, depuis souffre de l'intestin. Fausses épreintes. Cystite à coli il y a dix ans.

Vue par FERRIER qui fait le diagnostic de néo instillations de nitrate et nouvelle cystoscopie.

Cystoscopie : trigone indemne. Tumeur cratériforme située de 2 h à 4 h, grosse comme une pièce de 5 francs et limites pas très nettes.

Toucher vaginal : on sent une tumeur répondant à ce que l'on voit, mais au-dessus une tumeur arrondie dure (néo-sigmoïde ?).

Radio (TRUCHOT) : le sigmoïde y adhère mais ne présente ni rétrécissement ni rigidité. Az : 0,18 — Chl. : 5,73/3,16 — R : 0,50.

30 juillet 1936 : cystectomie partielle.

1° Ouverture du péritoine, rien n'adhère mais il y a seulement un fibrome utérin. On voit le néo sous forme d'ombilic rétractile. On circonscrit le péritoine et extrapéritonise.

2° Attaque du néo de dehors en dedans pour résection en V se terminant bien au-dessus de l'orifice urétéral gauche. Bonne résection à distance et ablation de toute la graisse et tissu cellulaire au large. Mèche. Reconstitution de la vessie.

8 août 1936 : cancer vésical à structure d'épimalpighien en grande partie atypique, envahissant toutes les couches de la paroi.

Récidive un an et demi après. Décédé vers janvier 1938.

OBSERVATION 46

Min... Louis, soixante ans. Tumeur infiltrante; cystectomie partielle; réimplantation urétérale. Non revu.

Entre le 19 juin 1944 : hématurie.

En mars 1944 : première hématurie.

En mai 1944 : deuxième hématurie plus abondante.

Cystoscopie : tumeur assez régulière, sphacélée par places, semblant largement implantée au niveau de l'orifice urétéral droit; orifice urétéral gauche normal.

L'hémorragie empêche l'exploration complète de la vessie.

Examen des urines : pyurie à staphylos, hématies.

C.R.O. le 23 juin 1944 : taille élargie, il s'agit d'une tumeur végétante, indurée à sa base, d'aspect malin. Libération au bistouri électrique, dissection de l'uretère droit, réimplantation, mise en place d'une sonde urétérale. Fermeture partielle de la brèche muqueuse, une mèche. Vessie en deux plans. Un drain de Marion, un drain de Petzer.

Suites opératoires : azotémie post-opératoire qui s'arrange en huit jours. Sort le 4 août 1944.

C.R. histologique : épi. atypique infiltrant et malpighien indifférencié. Réticuline irrégulière.

OBSERVATION 47

Aur..., soixante-sept ans. Tumeur infiltrée; cystectomie partielle et radium. Non revu.

12 janvier 1942 : petites hématuries terminales il y a dix ans; coliques néphrétiques probablement droites il y a cinq ans.

Depuis trois mois, hématuries terminales presque continuelles sans cystite, légère pollakiurie.

A été vu par X... qui a trouvé une tumeur de vessie.

Cystoscopie : de 9 à 11 heures, tumeur infiltrée de la paroi avec légère saillie, œdème autour, ulcération au centre, trigone complètement dégagé. A opérer, mais à désinfecter avant.

20 janvier 1942 : Chl 5,60/2,90 = 0,51 — Az : 0,32.

21 janvier 1942 : cystectomie partielle. Sous le contrôle de BUSSER au microscope, attaque de dehors en dedans au bistouri électrique. Ablation large. Mise en place d'un disque de radium (PIERQUIN) extérieurement à la vessie.

26 janvier 1942 : ablation du radium, fuite de la suture vésicale latérale.

30 janvier 1942 : urée : 0,40 — Chl abaissés : 0,45, rechloruration.

6 février 1942 : réaction du rein droit qui se bouche temporairement.

Examen histologique (BUSSER) : épi. de vessie à forme ulcéreuse indifférencié, largement dépassé par l'intervention.

Non revu.

OBSERVATION 48

Gar..., quarante-huit ans. Cystectomie du trigone; tumeur infiltrée. Mort en février 1948 : deux ans huit mois.

15 juin 1945 : hématuries depuis un an et demi, plutôt terminales intermittentes, répétées, abondantes depuis quelques mois.

Cystoscopie (PETIT) : impossibilité de voir.

Cystite, urines claires, sang, mais pas de pus.

A hospitaliser pour tenter cystoscopie et opérer.

Examen histologique de fragment (DELARUE) : néo.

23 juillet 1945 : cystectomie du trigone. La tumeur apparaît comme un papillome posé sur le trigone mais sans l'ombre de pédiculisation. L'uretère droit en rétention est vu et réabouché dans la cicatrice.

L'uretère gauche est abandonné, non retrouvé. Réfection de vessie assez convenable.

Examen histologique : épi. indifférencié de la vessie infiltrant profondément la paroi musculaire sous forme de petits boyaux pleins au contact desquels on trouve une réaction inflammatoire à formule mixte avec assez nombreux polynucléaires.

Suites simples, ferme vite, pas d'incident à gauche, mais douleur en coup de poignard, du à reflux à droite, au cours de la miction.

8 novembre 1945 : bon état, mais à l'urétroscopie de IV h à VII h, saillie irrégulière au niveau du col avec sphacèle et concrétions. Les urines sont redevenues sales. A reprendre par résection.

11 avril 1946 : n'est pas revenu à cause de sinusite, etc..., très amélioré. Ce n'est pas une récidive, muqueuse saine : capacité 400 cm³ urines claires.

Urographie intraveineuse : rein gauche ne parle plus, rein droit normal.

Bon état général. Cysto-radio reflux large côté droit.

28 novembre 1946 : hématuries plus nombreuses, cysto, pas de récidive locale. Orifice urétéral en gueule de four. Hémorragie d'origine rénale ?

Septembre 1947 : hématurie, il est cachectique.

Novembre 1947 : il est en rétention à la sonde à demeure.

Mort en février 1948.

OBSERVATION 49

Rom.., soixante-treize ans. Cancer, cystectomie partielle : vingt-deux mois. Décédé août 1947.

18 octobre 1945 : hématuries abondantes récentes, vue par MARION, qui trouve gros papillome à enlever par taille.

Cystoscopie : papillome au-dessus et indépendant de l'orifice uretéral droit.

20 octobre 1945 : urée 0,37. Chl 6,10/3,20 : 0,52.

Urographie intraveineuse bonne.

Cystoradio dessine la tumeur.

25 octobre 1945 : ablation de la tumeur par cystectomie partielle. A l'ouverture de la vessie on trouve bien la tumeur au point prévu et d'aspect papillome mais dur comme du cartilage et de surface mamelonnée. C'est du cancer.

Cystectomie très au large. Pas d'infiltration cellulaire apparente. Mickulicz.

28 octobre 1945 : fatiguée : périphlébite du membre inférieur gauche.

Examen Busser : épi trabéculaire à grosses cellules claires indifférenciées, ulcération en surface. Envahissement en profondeur détruisant presque totalement la couche musculaire et gagne largement le tissu graisseux périvésical.

2 décembre 1945 : 39e réaction périvésicale avec empâtement. Cède aux sulfamides.

15 décembre 1945 : a bien repris, part à Avignon.

Mars 1946 : récidive dans la cicatrice.

Mort août 1947.

OBSERVATION 50

Jos.., cinquante-cinq ans. Néo bas-fond vessie (ablation au résecteur). Quatre mois. Décédé.

19 novembre 1946 : dysurie très douloureuse aves spasmes, épreinte ++, soigné depuis 1943.

Hématuries récentes. FERRIER à la radio voit néo du trigone. Urographie intraveineuse, deux reins fonctionnent bien.

Bon état général.

21 novembre 1946 : cystoscopie ; vessie à cellules et colonnes.

Tumeur plate du trigone remontant surtout à droite jusqu'à 11 heures au niveau du col, à gauche remonte à 5 h. Infiltration du plancher, jusque près des orifices uretéraux, mais à l'urographie intraveineuse, deux reins intacts. Urètre postérieur également envahi tomentueux.

27 novembre 1946 : abrasion au résecteur d'abord avec gros saignement tissu mou cérébriforme à la coupe (un tube à essai) il semble s'agir d'un néo en surface.

1er décembre 1946 : va mieux après ablation de la sonde, urine facilement et sans douleur.

Décédé mars 1947.

OBSERVATION 51

Cap.., Louis, cinquante-trois ans. Tumeur infiltrée du trigone. Décès post-opératoire. Deux mois.

Entre le 22 mars 1946 pour hématuries.

Antécédents : résection par le Docteur Dossot.

Depuis mars 1945 : cystite.

Fin 1945 : petites hématuries.

Urée : 0,40. Urines polys, cellules coli, staphylos.

Le 29 mars 1946 : urétrocystoscopie (Pr. Fey).

Col normal : tumeur végétante et sphacélée occupant toute la région du trigone, s'étendant en avant jusqu'au col qui n'est pas envahi, en arrière jusqu'à la paroi postérieure de la vessie. Deux joues latérales assez saillantes.

Le 5 avril 1946 : taille sus-pubienne. La tumeur est implantée sur le trigone sur la ligne médiane. Pas d'orifices urétéraux visibles. Mais comme la tumeur paraît limitée et que le malade est jeune, je fais une cystectomie partielle au bistouri électrique en circonscrivant la vessie. En propagation le néo s'étend dans le tissu du petit bassin. A la fin les deux déférents sont coupés, englobés dans la tumeur. Je ne vois pas d'uretères. Mèche et fermeture.

Mèche vésicale, suture paroi antérieure de la vessie. Tube de Petzer. Paroi deux plans.

Examen histologique : épithélioma malpighien type excréto-urinaire infiltrant largement le muscle et auquel le stroma n'offre qu'une barrière inflammatoire très insuffisante.

Suites opératoires : phlébites double huit jours après. Cachexie.

Mort le 12 mai 1946.

OBSERVATION 52

Br.., Maurice. Soixante-cinq ans. Tumeur infiltrée du trigone. Décès post-opératoire.

Entre le 23 mai 1945 : hématuries totales avec caillots.

Toucher rectal : grosses lésions unilatérales droites. Vésicule ou tumeur de vessie ?

Cystoscopie 25 mai 1945 : tumeur infiltrée de la corne trigonale droite, peu saillante, mal limitée, recouverte en partie de fausses membranes. Le reste de la vessie est sain.

C.R.O. : 15 juin 1945, Pr. Fey.

Cystectomie partielle : tumeur vésicale étendue à la région du trigone et intéressant l'orifice urétéral droit; cystectomie partielle par extrapéritonisation partielle de la vessie. La zone tumorale est réséquée au bistouri électrique. La vessie est refermée en deux plans après y avoir placé une sonde urétérale. Dans la région juxta-vésicale droite on place un Mickulicz (3 mèches). On abouche à la peau l'uretère droit à la partie supérieure de l'incision abdominale.

Décédé le 17 juin 1945.

OBSERVATION 53

Bal.., quarante-huit ans. Tumeur infiltrée de la calotte.

30 janvier 1940 : M. Leroy l'a vu pour hématurie sans rien trouver il y a deux ans.

De Berne vient de le revoir et de le refermer pour tumeur de vessie.

Cystocopie : péritoine libre mais ulcérations intrapariétales allongées allant depuis le diverticule ouraquien qui existe bien jusque dans la vessie, on fait une cystectomie presque complète de la calotte. 1 trou au péritoine tout en bas pré-rectal. Réfection difficile de la vessie.

Mickulicz postéro-latéral gauche.

8 mars 1940 : suites bonnes mais très long à décaper sa plaie et sa vessie. Commence à se lever avec Petzer puis fait de la cystite incrustante.

6 mai 1940 : fermé début juin.

13 juillet 1940 : bon état général. Urine toutes les deux heures. Urines presque claires mais reflux gauche probable comme il a déjà eu.

27 janvier 1941 : cystoscopie très bonne. Urines claires : capacité 250 cc. Cicatrice complètement invisible. Rien à l'orifice urétéral gauche.

10 février 1942 : capacité 300 cc, vessie saine.

1948 : vu par M. LEROY : va toujours parfaitement bien.

OBSERVATION 54

Ber.., Adolphe, cinquante-neuf ans : tumeur infiltrée. Cystectomie totale après radium. Décès post-opératoire.

Hématuries en 1942.

Le 24 octobre 1942 : cystoscopie : tumeur végétante du trigone.

Toucher rectal : infiltration de la paroi vésicale.

Le 5 décembre 1942 : Docteur BOUCHARD. C.R.O. Taille vésicale, ablation de néoformations vésicales. Radium 5 jours : cystostomie. Petzer.

27 août 1943 : nouvelle hématurie importante.

2 septembre 1943 : hospitalisé de nouveau.

Cystoscopie, hématurie importante, caillots.

Le 9 septembre 1943 : cystectomie totale, Docteur BOUCHARD.

Opération laborieuse, ouverture du rectum; l'opération se termine par deux sondes dans les uretères; il est impossible de les mobiliser pour les mettre à la peau; la brèche rectale n'est pas suturée, si bien que le 13 octobre 1943, anus iliaque.

Le 15 octobre 1943 : décédé.

C.R. histologique : épithélioma tantôt à type excréto-urinaire, tantôt à type malpighien (Docteur BUSSER).

OBSERVATION 55

Mme Del.., Léonie. Soixante-six ans. Tumeur infiltrée chez une diabétique. Cystectomie totale, deux temps. Décès deux mois.

Entre le 12 janvier 1948 pour hématuries.

Depuis six mois, crises douloureuses à irradiation cuisse droite avec légère pollakiurie, plus récemment, les urines sont troubles au moment des crises.

Depuis quatre mois dysurie (retard dans la miction) ; pollakiurie.

Il y a un mois, hématuries abondantes.

Antécédents : diabète reconnu à quarante-sept ans. Régime : 20 unités d'insuline; bien équilibrée.

A l'examen : urines troubles.

Toucher vaginal : dans le cul-de-sac antérieur et latéral droit, masse dure mal limitée, immobile, on ne sont pas sa limite supérieure. Urée : 0,40. Glycémie : 2 grs. Acétone : 0; sucre dans les urines : traces.

Cystoscopie : vessie de bonne capacité. Volumineuse tumeur dans la partie inférieure droite de VI à IX heures, formant une masse irrégulière, bosselée avec quelques franges flottantes et fausses membranes. Orifice urétéral droit en bordure de la tumeur.

Le 24 janvier 1948 : premier temps, Docteur Kuss. Opération de Coffey à gauche sans sonde urétérale; suites opératoires normales, bonne continence; pas d'aggravation du diabète. A gauche, bon uretère, pas dilaté.

Deuxième temps : le 19 février 1948 (Dr Kuss) : cystectomie totale par la voie sus-pubienne (technique Pr. Fey) Coffey, droit. Uretère très dilaté, comme le montre d'ailleurs l'urographie intraveineuse.

Suites opératoires : bonnes suites. Diabète non aggravé mais doses d'insuline très augmentées 100 U.

Légère fuite vaginale due probablement à l'uretère droit très dilaté qui laisse filtrer un peu d'urine par la plaie vaginale, car la paroi antérieure du vagin a été réséquée. Tendance à l'amélioration.

Puis suites opératoires de plus en plus troublées, fistule vaginale qui aggrave l'état diabétique parallèlement, enfin décès en avril 1948.

OBSERVATION 56

Fer.., Irma, cinquante-quatre ans. Tumeur infiltrée. Cystectomie totale.

Entre le 19 décembre 1947 pour hématuries, cystite.

Depuis six ans, petites hématuries intermittentes.

Le 30 septembre 1946 : tumeur située sur la face latérale droite entre 8 h. et 2 h., d'implantation assez large, frangé par endroit, bien limitée et fortement saillante, urée 0,37.

Le 12 octobre 1946 : intervention, Dr Kuss.

Cystectomie partielle pour tumeur siégeant à l'orifice urétéral droit; fermeture sur drain de Marion.

Biopsie.

Sort le 10 novembre 1946. Bon état.

Revient un an après, nouvelles hématuries, cystite, fausses membranes et lésions végétantes de la partie droite de la vessie.

Premier temps le 10 janvier 1948 : COFFEY du côté droit par voie intrapéritonéale, suites normales et simples.

Deuxième temps le 28 janvier 1948 :

1° COFFEY du côté gauche.

1° Cystectomie totale très difficile, propagation néoplasique de la paroi antérieure, résection des muscles et d'une masse néoplasique probablement en rapport avec la première taille. La clef de la cystectomie fut dans le cas présent la colpectomie. Drain et 5 mèches vaginales. 2 lames de caoutchouc pour isoler la cavité péritonéale. Suites opératoires normales.

Intervalles entre les selles : quatre heures.

Avril 1948 : bon état.

Juin 1948 : récidive pariétale avec adénopathie inguinale. Le Coffey fonctionne bien.

CONCLUSIONS

Il découle de ces statistiques opératoires qui intéressent toute la gamme des tumeurs de vessie depuis les plus bénignes jusqu'aux plus malignes, que la cystectomie partielle est la seule intervention à proposer pour les papillomes bénins.

Dans les cas de récidive, celles-ci seront traitées suivant leur allure par différents procédés :

a) récidive bénigne de petite importance : il sera employé naturellement l'électrocoagulation par les voies naturelles ;

b) récidives bénignes diffuses : la conduite à tenir est variable. Si l'électrocoagulation est possible avec beaucoup de patience, elle n'est pas en général l'opération de choix. On a proposé, connaissant la possibilité de formes régressives, l'électrocoagulation à vessie ouverte, parfois la réalisation d'un véritable épluchage de la muqueuse, mais il n'y a pas de doute dans les formes suspectes sans tendance à l'amélioration ; il semble qu'il faille adopter la cystectomie totale ;

c) récidive avec infiltration histologique ou perceptible lors de la taille.

Si une ablation large est possible avec évidemment l'ablation associée en profondeur, il semble que la cystectomie partielle garde son indication.

Elle serait contre-indiquée dès que l'on s'aperçoit que l'infiltration est trop large pour être dépassée et alors il faudra se résoudre, après cette exploration, à pratiquer une cystectomie totale ;

d) récidive avec forme diffuse et infiltration ; il n'y a aucun doute dans le choix ; il faut pratiquer une cystectomie totale s'il n'y a pas évidemment de contre-indication du côté rénal ou général.

En cas de tumeurs douteuses : c'est-à-dire en principe les tumeurs saillantes et peu infiltrées en profondeur, ce qui est réalisé le plus fréquemment par l'épithélioma papillaire ou néo-excréto-urinaire, la cystectomie partielle semble conserver ses indications.

Nous avons vu sur 10 cas 50 % d'excellents résultats. Nous ne croyons pas que la cystectomie totale puisse donner des résultats comparables, et ces guérisons sont obtenues avec conservation de la fonction urinaire, donc sans aucune infirmité, fait qui pèse lourd dans la balance des indications opératoires.

Nous savons bien que de temps à autre, en appliquant ces principes, nous aurons des déboires, mais aucun autre procédé ne pourra donner les résultats obtenus dans nos statistiques.

Quant aux tumeurs infiltrées avec surtout infiltration pariétale, il est évident que la cystectomie partielle perd tous ses droits.

Nous avons l'impression que, jusqu'à présent, on a hésité à poser d'emblée l'indication absolue à la cystectomie totale.

Il va falloir en poser plus souvent les indications sachant qu'il est illusoire de vouloir opérer avec une chance de guérison définitive une tumeur infiltrée par la cystectomie partielle.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
FEY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN (P.). — Tumeurs de la vessie. (*Médecine opératoire des Voies urinaires,* Paris, 1898, 1909.)

ASCHNER. — La pathologie des néoplasmes vésicaux. Sa valeur diagnostique et pronostique. (*J.A.M.A.,* 1918, p. 1697.)

— Pathologie des tumeurs de vessie. (*J.A.M.A.,* 1930, p. 67.)

ANDRÉ et GRANDINEAU. — Traitement des tumeurs de la vessie. (*Congrès Français d'Urologie,* 1942.)

ANDRÉ, DOSSOT et GOUVERNEUR. — A propos du traitement des tumeurs de la vessie par le radium. (*Journal d'Urologie,* 17 fev. 1936, p. 335.)

BARRINGER. — Traitement par le radium des tumeurs de la vessie. (*Annals of Surgery,* 1935, vol. CI, pages 1406-1443.)

— Le traitement du cancer de la vessie par le radium. (*J.A.M.A.,* 1930, p. 1.734.)

BEER (E.). — Chirurgie des tumeurs de la vessie. (*Ann. of Surgery,* 1935, vol. CI, p. 1.728.)

— (*Surgery, Gynecologic and Obstetrical,* 1935.)

— Traitement chirurgical du carcinome infiltrant de la vessie. (*Surg. Gyn. and Obst.,* 1939, p. 113.)

BOEMINGHANS. — Contribution clinique et expérimentale de la réimplantation des uretères dans la vessie. (*Deutsch. Zeitschr. fur Chirurgie,* 1931.)

BOECKEL. — Un nouveau cas de cancer de la vessie traité par la radiothérapie profonde. (*Journ. Urologie,* 1923, p. 250 et 1924, p. 236.)

— Electrocoagulation à vessie ouverte. (*Journal d'urologie,* 1927, p. 460. in *Arch Fr. Belge de Chirurgie,* 1929, p. 432.)

BUMPUS et BARNEY SILVER. — Tumeurs de vessie. (*The Journal of Urology,* 1937, vol. 37.)

COFFEY (R.-C.). — Cystectomie pour carcinome de la vessie. (*The Journal of Surgery,* 1933, vol. XX.)

— Transplantation des uretères dans l'intestin par la méthode sous-muqueuse. (In *Arch. des Maladies des reins et des organes génitaux urinaires,* 1932, vol. VII.)

COUNSELLER (V.-S.). — La diathermie dans les carcinomes de la vessie. (*Annals of Surgery,* 1935, vol. CI, pages 1.406 à 1.443.)

— Carcinome de la vessie. (*Surg. Gyn. and Obst.,* 1935.)

CAULK (J.-R.). — L'appareil urinaire supérieur dans le carcinome de la vessie. (*Annals of Surgery,* 1935, vol. CI, p. 1.406-1.445.)

CAPPELLEN (D.). — Technique et résultat final de la transplantation des uretères. (*VII^e Congrès de la Société Internationale d'Urologie,* 1939.)

CAYLOR (A.-D.). — Anatomie et pathologie des tumeurs malignes de la vessie. (*J.A.M.A.,* 1930, p. 1.736.)

CIFUENTES (P.). — Dérivation des urines. (*Ass. Espagn. d'Urologie,* 1917.)

— Electrocoagulation. (*Ass. Espagn. d'Urologie,* 1917.)

— Un cas de cystectomie totale. (*Académie Médico-Chirurgicale,* 1915.)

CHUTE. — La transplantation uretérale dans les tumeurs de la vessie. (*J.A.M.A.,* 1926, p. 1.613.)

CARTAULT. — Traitement du cancer de la vessie par électrocoagulation à vessie ouverte. (*Thèse de Strasbourg,* 1931.)

CLEYSHAW. — Cystectomie périnéale et vaginale avec transplantation des uretères. (*The Journ. of Urology,* 1937, p. 174.)

DARGET. — Radiothérapie à vessie ouverte pour néoplasme infiltrant. (*Journal d'Urologie,* 1927, p. 460; 1931, p. 193. *Congrès français d'urologie, Journal d'urologie,* p. 454. *Journal d'urologie,* radium, 1933, p. 1.943.)

DARGET et LANGE. — (*Journal d'Urologie,* 1936, p. 131; 1939, p. 415; 1940, p. 48.)

DOBROTWOSKY. — Extirpation totale de la vessie pour cancer. (*Journ. d'Urologie,* 1928, p. 23.)

FEY (B.) et BOMPART. — Technique de la cystectomie totale pour cancer de la vessie. (*Journ. de Chirurgie,* 1931, vol. XXXVII, p. 496.)

FISCHER (J.-H.). — Un cas d'implantation uretéral avec vingt ans de survie. (*The British Journal of Urology,* 1938, vol. X, p. 240.)

FEDEROFF. — Ablation totale de la vessie en cas de tumeur maligne. (*Journal d'Urologie,* 1926, p. 370.)

FARRELL et PETERS. — Radiothérapie dans le cancer de la vessie. 72 cas. (*Journal of Urology,* 1937, p. 133.)

FREIBERG. — Urétrocystectomie totale chez la femme par une nouvelle technique. (*The Journal of Urologie,* 1935, p. 615.)

FRUCHAUD. — De l'usage des radiations dans le cancer de la vessie et de la prostate. (*Journal d'Urologie,* 1935, p. 97.)

FRANCHE (U.), GUYEN, TRONG HIEP. — Etude expérimentale de l'implantation des uretères dans le rectum. (*Journal d'Urologie,* 1938.)

GAUSA (P.). — (*Communication sur nouvelle technique de radiographie pour les tumeurs de vessie,* 1935.)

— Diagnostic et thérapeutique dans les tumeurs de vessie, 1935.

GAUME. — Cystectomie partielle. Tumeur vésicale récidivante. (*Société Française d'Urologie,* 1931.)

GAROFALO. — Contribution à l'étude des sarcomes de la vessie. (*Arch. Ital. d'Urologie,* 1928, p. 466.)

GHERMAN. — (*Surg. Gyn. and Obst.,* 1935.)

GILBERT, SMITH et ROSS MINTZ (E.). — Tumeurs de la vessie. (*Amer. Journ. of Surg.,* 1933, vol. XX, p. 54-63.)

GILBERT SMITH. — Le traitement des carcinomes de la vessie par les radiations et la diathermie. (*J.A.M.A.,* 1930, p. 1.730.)

GILVERNET (S.). — Traitement chirurgical du cancer de la vessie. (*V^e Congrès d'Urologie,* Madrid, 27 juin 1946.)

GOUVERNEUR (R.). — Cystectomie partielle avec extrapéritonisation dans les tumeurs de la vessie. (*Arch. des Maladies des reins et des organes génitaux urinaires,* 1934, vol. VIII.)

— Transplantation de l'uretère. (*VII^e Congrès de la Sté. Intern. d'Urologie,* 1939.)

GOUVERNEUR et MARION. — Suture de l'uretère. Etude expérimentale. (*Journ. de Chirurgie,* XXXIII, n° 5, mai 1929.)

GOUVERNEUR et DOSSOT. — Le traitement du cancer de la vessie. (*Presse Médicale,* 1^ér janvier 1936.)

GOUVERNEUR et ABOULKER. — Les implantations urétéro-intestinales. Etude critique des techniques et résultats éloignés.

HIRNSHAK (F.). — Contribution au problème de l'extirpation de la vessie pour carcinome. (*Arch. für Klinische Chirurgie.*)

HENSCH (E.). — Cancer de la vessie. 1942.

HINMAN (F.). — La technique et les résultats éloignés de la cystectomie dans le cancer de la vessie. (*VII^e Congrès de la Sté Internationale d'Urologie,* 1939, Université de Vienne.)

HERBST (R.). — Clinique et thérapeutique du cancer de la vessie. (Université de Vienne.)

HINNMAN. — Etude critique des différents procédés chirurgicaux des anastomoses urétéro-intestinales. (*Mans. Amer. Ass. Gen. Ur. Surg.,* 1936, p. 15.)

— La cystectomie. Une technique nouvelle de l'ablation rétroprostatovésiculoséminale. (*Surg. Gyn. and Obst.,* 1935, p. 685.)

— Cystectomie avec excision et irradiation dans le traitement des tumeurs de vessie. (*The Amer. Journ. of Surg.,* 1935, p. 5.)

HUNT. — Les affections malignes de la vessie. (*The Amer. Journ. of Surg.,* 1930, p. 69.)

HEITZ-BOYER. — Cystectomie partielle pour tumeur vésicale. (*Sté Franç. d'Urologie,* 1931.)

HARRIS. — Cancer dans un diverticule. (*The Mal. and Cut. Rev.,* 1934, vol. XXVIII, p. 143.)

JEWETT. — Cancer de la vessie. (*J.A.M.A.,* vol. 134, n° 67, juin 1947.)

JUGER et MICHELSON. — Les tumeurs de la vessie. (*Journ. d'Urologie,* 1936, p. 53.)

JOSEPH. — Le traitement endovésical des tumeurs de la vessie. (*Journal d'Urologie,* 1927, p. 67.)

JAMBRAU. — Une opération palliative dans certains cas de tumeur de la vessie chez la femme. (*Sté Franç. d'Urologie,* session du 14 décembre 1935.)

KAZANOFF et TZHVETADZE. — L'implantation des uretères à la peau et l'ablation totale de la vessie. (*Journ. d'Urologie,* 1933.)

KRETSCHMER. — Cancer primitif multiple. (*Journ. d'Urologie,* 1938, p. 42.)

KAPLAN. — Le traitement par le radium du cancer de la vessie et de la prostate. (*The Urol. and Cut. Rev.,* 1932, p. 40.)

KIDD. — Traitement des tumeurs de vessie par le radium. (*The British Med. Journ.,* 1930, p. 949.)

KEYES. — Résultats obtenus depuis cinq ans dans les implantations supra-pubiennes de radium dans les tumeurs de vessie. (*Surg. Gyn. and Obst.,* 1934, p. 233.)

LOWER (W.). — Traitement standard dans les tumeurs malignes de la vessie. (*Surg. Gyn. and Obst.,* 1935.)

LEVIN. — Situation actuelle de la chirurgie, du radium et des rayons X dans le cancer de la vessie. (*The Urol. and Cut. Rev.,* 1924, vol. XXVIII, p. 392.)

LEVING et PACK. — Traitement intravésical par les rayons X dans le cancer de la vessie. (*J.A.M.A.,* 1939.)

LAVENANT. — Les fausses tumeurs d'origine tuberculeuses. (*Bull. Méd. de Paris,* 1935, p. 278.)

LATZKO. — Opération radicale du cancer de la vessie chez la femme.

LICHTENBERG. — Pathologie et traitement des tumeurs malignes de la vessie. (*VII^e Congrès de la Sté Allemande d'Urologie; Journ. d'Urolog.,* 1927, p. 66.)

MATHEWS. — Les tumeurs vésicales. (*The Amer. Journ. of Surg.,* 1931, p. 343.)

MARION (G.). — Cystectomie totale pour tumeurs pédiculées. (*Bull. Méd. de la Sté de Chir.*, novembre 1908.)

— De l'action hémostatique du radium dans les tumeurs de la vessie et de l'urètre. (*Journ. d'Urol.*, t. 13, n° 3, 1922.)

— Un cas de cystectomie subtotale. (*Soc. Franç. d'Urologie*, 13 novembre 1922.)

— A propos du traitement du cancer de la vessie par le radium. (*Sté Franç. d'Urol.*, 16 mars 1936 — Discussion GAUME, FEY, LEGUEN.)

— Traitement des tumeurs de vessie. (*Progrès Méd.*, 1er novembre 1930.)

— Traitement du cancer de vessie. (*Concours Méd.*, 22 octobre 1937.)

MARION (H.). — La suture de l'uretère. (*Thèse*, Paris, 1929.)

MARKOFF. — Sur la technique de l'implantation dans le gros intestin. (*Gyn. and Obst.*, t. 30, n° 4, octobre 1934.)

MARTIN. — Accélération probable de la marche d'un cancer de la vessie sous l'influence de la radiothérapie ultrapénétrante. (*Journ. d'Ur.*, t. 19, n° 3, mars 1925.)

MARSHALL. — Urastration chirurgie. (*J.A.M.A.*, n° 67, juin 1947.)

MAXIMOWITCH. — De l'extirpation totale de la vessie. (*Reitsch für Urol.*, t. 21, fasc. 10, 1927.)

MAYO (Ch.). — De l'ablation transpéritonéale de la vessie. (*Annals of Surgery*, t. 48, juillet 1908.)

MAYO (Ch.) et WALTERS. — Transplantation des uretères dans le rectum. (*The Journal of the American Ass.*, vol. 82, n° 8, février 1924.)

MELLY. — Tumeurs de la vessie. (*Zeitschrift für Urol. Chir. und Gyn.*, t. 43, fasc. 1, janvier 1937.)

MICHON (L.). — A propos du traitement des cancers de vessie par le radium. (*Discussion à la Sté Franç. d'Urol.*, 27 avril 1936.)

MICHON (L.) et DELINOTTE. — La papillomatose vésicale. (*Ass. Franç. d'Urol.*, Rapport 41e session, 6 octobre 1947.)

MIDDLETON. — Résultat au bout de vingt ans du premier cas d'implantation de l'uretère dans l'intestin pratiquée chez l'homme. (*The Journ. of Amer. Med. Ass.*, t. 97, n° 21, novembre 1921.)

NESBIT. — La cystectomie totale avec transplantation urétérale dans les tumeurs de la vessie. Une nouvelle méthode. (*J.A.M.A.*, 1935, p. 852.)

OSTROWSKY et DOBRZANIEKI. — Considération sur la valeur de l'implantation de l'uretère selon la méthode de Coffey à la lumière de l'urographie intraveineuse. (*Journ. de Chir.*, t. XLVII, n° 6, juin 1936.)

ORTS, LORRA et BOTAR. — Lymphatiques de la prostate et de la vessie. 1933.

PARMENTER. — Résultats finaux dans le traitement des cancers de la vessie. (*The Urol. and Cut. Rev.*, 1945.)

PAPIN. — Extrapéritonisation secondaire de la vessie. (*Arch. des Mal. des Reins et des Org. Gén. Urinaires*, 1932, 33, vol. VII.)

— Cancer vésical coexistant avec un diverticule; cystectomie partielle et cure radicale du diverticule en un seul temps. (*Journ. d'Urol.*, 1925, p. 153.)

PRIESTLEY. — La chirurgie du cancer de la vessie. (*J.A.M.A.*, n° 6, 7 juin 1947.)

PUIG VERT GORRO (A.). — Résumé de mes expériences dans les tumeurs de la vessie. 1945.

QUÉNU et FEY (B.). — Résultat éloigné d'une urétéronéocystostomie. (*Bull. et Mém. de la Sté Nat. de Chir.*, t. LVIII, n° 29, novembre 1932 — Discussion SAUVE, CHEVASSU, FEY, BAZY.)

QUINBY. — Cystectomie totale pour tumeur de la vessie. (*Annals of Surgery*, vol. 101, 6 juin 1935.)

RUTHERFORD O'BROWLEY. — Carcinome de la vessie. (*Annals of Surgery*, 1935, vol. CI, p. 1406-1443.)

ROBERT (J.-P.). — La cystectomie totale. (*Thèse*, Paris, 1943.)

RICHER. — Section des nerfs érecteurs de la vessie. (*Journ. d'Urol.*, 1942.)

RUDISIL. — Les rayons X dans le traitement des tumeurs de la vessie. (*The Urol. and Cut. Rev.*, 1938, p. 297.)

SEYMOUR (F.), WILHELM (New York). — Cystectomie totale par une méthode combinée abdomino-péinéale. (*Surg. Gyn. and Obst.*, vol. 84, n° 1, janvier 1947.)

SHOLL. — Histologie et mortalité dans les cas de tumeurs de la vessie. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1922, vol. XXXIV, p. 189.)

TEMKINE. — Les tumeurs de la vessie. (*Journal d'Urologie*, 1931.)

TSAKNIS. — Les pédicules de la vessie et le péritoine chez l'homme. 1929-1930, vol. 4.

THOMAS et PFALER. — Technique et traitement du carcinome de la vessie et de la prostate par une combinaison de la chirurgie, de l'électrocoagulation et du radium. (*Arch. of Surgery*, 1922, vol. IV, p. 451-469.)

VILLECHAISE (A.). — Conduite à tenir dans les tumeurs vésicales intéressant la région urétérale. (*Thèse*, Paris, 1935.)

VILLEMIN. — Cancer vésical et radiothérapie. (*XVIII^e Congrès Franç. d'Urol.*, t. 928; *Journ. d'Urol.*, p. 459.)

VOELCKER. — Extrapéritonisation de la vessie. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1930, vol. L, p. 69.)

WOLFROM et MONOD. — A propos d'un traitement par irradiation dans les tumeurs de la vessie. (*Journ. d'Urol.*, 1936.)

WOLFROM. — A propos du traitement et du diagnostic des tumeurs de vessie. (*Journ. d'Urol.*, 1936.)

WARD. — Traitement du cancer de vessie inopérable. (*The British Journ.*, 1931, p. 16.)

WERNER. — La radiothérapie dans le cancer vésical. (*VII^e Congrès de la Sté Allemande d'Urol.*, 1927, p. 68.)

WATERS. — Radiothérapie profonde dans le traitement du cancer de la vessie. (*J.A.M.A.*, 1926, p. 1618.)

R. FOULON, IMPRIMEUR, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e